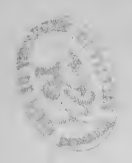


L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux Portes-Saint-Sauveur, 22.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

Rédacteur en Chef : M. le docteur Amédée LATOUR.

Gérant : M. le docteur RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE.

TOME VINGT-QUATRIÈME.



PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL,

rue de la Grange-Batelière, 11.

ANNÉE 1877.

L'UNION MÉDICALE

N° 77 MARDI 3 JUILLET 1877

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDES SUR L'ACIDE SALICYLIQUE ET LES SALICYLATES; TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU ET CHRONIQUE DE LA GOUTTE ET DES DIVERSES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX SENSITIF PAR LES SALICYLATES;

Communication faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 26 juin 1877,

Par M. le professeur Germain Sée.

HISTOIRE DE L'ACIDE SALICYLIQUE.

Dès l'année 1830, Leroux, pharmacien à Vitry-le-François, en cherchant un succédané du sulfate de quinine, découvrit dans l'écorce de saule une substance cristallisée, à laquelle il donna le nom de *salicine.*

Douée d'une amertume semblable à celle de l'alcaloïde du quinquina, elle semblait appelée, comme la quinine, à jouer un rôle important dans le traitement des maladies fébriles; mais l'essai qu'on en fit dans divers services des hôpitaux de Paris ne réalisa point les espérances qu'on avait conçues. Les rares succès qu'on obtint par ce moyen inspirèrent des doutes sur son efficacité, et il ne tarda pas à tomber dans un oubli à peu près complet.

En 1831, Pagenstecher, pharmacien à Berne, trouva dans les fleurs de l'ulmaria ou reine des prés, de l'hydrure de salicyle, dont Dumas et Ettling démontrèrent l'identité avec l'huile essentielle des fleurs de cette plante.

Plus tard, Cahours, en examinant une essence connue sous le nom d'essence de Gaultheria procumbens ou d'essence de Wintergreen, a reconnu son identité avec le salicylate de méthyle que l'on obtient en distillant un mélange de deux parties d'esprit de bois, deux parties d'acide salicylique et une partie d'acide sulfurique. Pour avoir l'acide salicylique, on fait bouillir l'essence de Wintergreen avec la potasse caustique, on précipite par l'acide chlorhydrique, on lave le précipité à l'eau froide, et on le fait cristalliser à nouveau dans l'eau bouillante ou dans l'alcool.

Aujourd'hui on se sert du procédé de Kolbe, qui repose sur la méthode synthé-

FEUILLETON

LA MÉDECINE AU JAPON

L'état actuel de la médecine au Japon présente le spectacle assez curieux de l'emploi simultané de deux systèmes tout à fait différents : l'un, le plus ancien, n'est autre que le système séculaire des Chinois; l'autre, qui ne date que de quelques années, est censé basé sur les sciences modernes et emprunté aux Européens. Le pays est donc livré à deux classes de médecins bien distinctes : ceux qui font de la médecine à la mode chinoise, et ceux qui pratiquent à la mode européenne. Ces derniers peuvent même se subdiviser en deux catégories fort inégales quant au nombre : la première, de beaucoup la plus nombreuse, serait celle des médecins japonais qui, prétendant exercer notre genre de médecine, n'en savent pas le premier mot, n'ayant jamais fait d'études qui méritent ce nom; la deuxième serait celle des médecins japonais qui, tout en ne possédant que des connaissances très-bornées, ont pu cependant tirer quelque profit de leurs relations avec un petit nombre de médecins étrangers.

Ces deux classes de médecins exercent et vivent côte à côte en aussi bonne harmonie apparente que les bonzes du boudhisme et ceux de shintoïsme; mais il est facile de voir qu'ils se jalousent et se décrient mutuellement; les uns maudissant les innovateurs qui méprisent les recettes vénérées des ancêtres, et les autres raillant les ignares adeptes des pratiques surannées. En outre de ces deux classes de médecins qui représentent la médecine du passé et du présent, il y en a, ou pour parler plus exactement, il y en aura prochainement une troisième,

tique; on reconstitue l'acide salicylique en partant de l'acide phénique. En dirigeant un courant d'acide carbonique dans l'acide phénique, en même temps qu'on y fait dissoudre du sodium, il y a combinaison immédiate, formation de salicylate de soude et dégagement d'hydrogène.

L'histoire physiologique de ce remède remonte à 1855; à cette époque, Bertagnini fit lui-même des expériences remarquables par leur précision ; 2 à 3 grammes d'acide salicylique par jour, dit-il, ne produisent rien ; mais si, pendant deux jours, on prend 6 à 7 grammes quotidiennement, on perçoit des tintements d'oreilles et un sentiment de stupeur. Une heure après l'ingestion de l'acide, celui-ci apparaît dans les urines, et, de plus, on constate dans le liquide excrété un acide azoté, qu'il décrit sous le nom d'*acide salicylurique*.

Tout cela est parfaitement exact.

Toutefois cette substance était oubliée, lorsqu'en 1874 Kolbe établit, par une série de Mémoires, l'analogie du dérivé avec l'acide phénique lui-même, et fit connaître ses propriétés antiseptiques.

Les médecins s'emparèrent dès lors de ce moyen nouveau, et en firent l'application à toutes les maladies septiques, putrides, zymotiques, ou dues à des ferments, à des parasites. — Les applications devinrent pour ainsi dire innombrables, et les journaux scientifiques d'Allemagne, d'Angleterre, d'Amérique et d'Italie ne tarirent pas d'éloges sur les vertus incomparables de cette panacée. On l'appliqua, en effet, aux septicémies, puis à toutes les fièvres spécifiques, éruptives, typhiques ; puis aux fièvres symptomatiques et inflammatoires, et finalement au rhumatisme articulaire fébrile.

Au milieu de ces merveilles innombrables et des affirmations les plus hardies, j'entrepris, dès le mois de novembre 1876, de soumettre les faits à une critique sévère, et de faire passer toutes les assertions, toutes les statistiques, par le contrôle de l'expérimentation à la fois clinique et physiologique. Ces recherches me conduisirent à la négation de bien des opinions hasardées, mais aussi à des applications nouvelles; les effets de l'acide salicylique dans le rhumatisme aigu me frappèrent par leur simplicité et leur constance; de là les essais que j'instituai dans le traitement du rhumatisme chronique, et surtout de la goutte sous toutes ses formes, soit douloureuses, soit lentes et chroniques. La suppression de la douleur dans ces diverses et graves maladies me suggéra ensuite l'idée de traiter par ce moyen un certain nombre d'affections douloureuses dépendant des maladies de la moelle, ou des nerfs périphériques.

---

de beaucoup la plus intéressante, et qui représente la médecine de l'avenir; elle se compose des élèves de l'Ecole de médecine de Yedo. Cette Ecole, pour laquelle le gouvernement a fait des dépenses considérables, et qui est dirigée par des professeurs demandés au gouvernement de l'Allemagne, est la seule sérieuse et bien organisée, et, à ce titre, fera plus loin le sujet d'une notice spéciale détaillée.

Ce ne sont pas les médecins qui manquent au Japon, ni même les apothicaires; pour s'en convaincre, il n'y a qu'à jeter les yeux sur le tableau statistique suivant, dressé pour l'année 1875 (les statistiques pour l'année 1876 n'ont pas encore été publiées) et que je copie dans le journal japonais *Mischin Chindjichi*.

En 1875, il y avait au Japon :

Hôpital du gouvernement.	1	51
Hôpitaux publics, subventionnés par le gouvernement	21	
Hôpitaux privés.	29	
Médecins d'après le système oriental (Chinois).	23,015	28,262
Médecins d'après le système occidental (Européens).	5,247	
Apothicaires	5,205	
Sources minérales employées.	361	
Drogues médicinales dont l'usage est autorisé	944	

Pour donner à ces chiffres leur véritable valeur, il suffit de dire que, d'après des recensements récents, la population de l'empire entier du Japon n'égalerait pas tout à fait celle de la France. Ces chiffres prouvent de plus que, si le gouvernement intervient plus ou moins directement et activement dans les affaires de la médecine, il tolère encore les deux sys-

C'est le résultat de ces nombreuses recherches que je soumets à l'Académie, en indiquant tout d'abord les propriétés chimiques de l'acide, en étudiant les préparations pharmaceutiques, puis le groupe de ses dérivés, c'est-à-dire des salicylates qui lui sont supérieurs.

CHIMIE DE L'ACIDE SALICYLIQUE.

Les recherches chimiques et pharmaceutiques que je vais exposer sur ce sujet m'ont été singulièrement facilitées par la collaboration d'un pharmacien distingué, M. Gallois; de mon préparateur de chimie, M. Gardy, et de mon interne en pharmacie, M. Valmont.

Pour préparer l'acide salicylique, on dissout du phénol dans son équivalent de lessive de soude concentrée; on évapore, on chauffe le résidu jusqu'à ce que la masse soit devenue pulvérulente. On obtient ainsi du phénate de soude, qu'on chauffe à 100 degrés, qu'on traite par un courant d'acide carbonique sec; on élève ensuite graduellement la température jusqu'à ce que, sous l'influence du courant d'acide carbonique, le phénol cesse de se produire.

Le salicylate de soude se trouve ainsi formé, sous l'aspect d'une liqueur brune, alcaline, qu'on précipite par l'acide chlorhydrique.

L'acide salicylique, mis en liberté, est mélangé avec un peu d'acide phénique, et se prend en une masse cristalline, qu'on purifie par des cristallisations successives.

Pour l'avoir plus pur, il y a les procédés de Kolbe, de Rautert, de Thresh, sur lesquels je ne puis insister.

Cristallisé dans une solution aqueuse, l'acide salicylique se présente sous la forme de longues aiguilles.

Soluble seulement dans 1000 fois son poids d'eau, il se dissout dans 130 fois son poids d'eau bouillante; il est très-soluble dans l'alcool, dans l'éther et la glycérine.

Le réactif de Millon colore la solution aqueuse en rouge; avec les sels ferriques, il prend une coloration violette, très-remarquable, qui est sensible même dans une solution au millionième. C'est là un moyen à peu près certain pour en déceler la présence dans les urines, où il passe en quelques minutes.

L'acide salicylique se combine facilement avec les bases, avec la soude, l'ammoniaque, et forme des sels très-solubles, qui sont dépourvus de toute causticité; ces sels ont des compositions très-diverses que nous indiquerons.

Diverses préparations salicyliques; doses et mode d'emploi. — Parmi les prépa-

---

tèmes. Que si l'on s'étonne du nombre considérable des médecins, il faut se rappeler qu'au Japon il en coûte beaucoup moins cher qu'en Europe pour obtenir, je ne dirai pas le diplôme de docteur, qui n'existe pas encore, mais le droit d'exercer la médecine; en fait, ce droit ne coûte guère que la peine de le prendre, comme on le verra plus loin.

Le médecin japonais.

Pour avoir une idée exacte du médecin japonais du bon vieux temps, au physique, il suffirait, à défaut d'observation directe, de regarder le premier venu des nombreux dessins qui le représentent; le type est saisi sur le vif. On voit un homme d'âge mûr, proprement vêtu à la mode des riches bourgeois, dont la figure et le devant de la tête sont rasés avec soin, et dont les cheveux bien pommadés sont ramenés et fixés sur le sommet en forme de pinceau serré; la physionomie est grave, impassible; la démarche lente et mesurée; la contenance digne. Un domestique, marchant respectueusement à quelques pas derrière le maître, porte la boîte à médicaments. C'est en cet équipage que, lorsque les distances à parcourir ne sont pas trop grandes, le représentant de la médecine chinoise fait ses visites, pendant lesquelles il rend ses oracles et distribue ses drogues.

Au moral, il est doux, poli, sentencieux, mais rusé. Son genre de vie est, en général, celui de la classe bourgeoise, intermédiaire entre la caste noble et les gens du peuple. Il jouit, en général, de l'estime publique; bien qu'il soit désigné par le mot *icha*, toutes les fois qu'on parle de lui ou qu'on lui adresse la parole, on lui donne le titre honorifique de *senseï* (vie antérieure), qualification exclusivement réservée aux médecins et aux professeurs. Quant au rang que le médecin occupe dans la société japonaise, il n'est pas aussi nettement défini que celui des

rations salicyliques employées jusqu'à ce jour, il faut compter : 1° l'acide salicylique; 2° le salicylate de soude; 3° le salicylate de quinine; 4° le salicylate de lithine, que j'ai fait composer pour l'employer dans le traitement de la goutte; 5° la salicine, anciennement usitée, et recommandée à nouveau par des médecins anglais.

1° *Acide salicylique.* — C'est l'acide qui a été mis en usage dès le début; c'est à lui, du reste, que revient l'action principale des salicylates; mais l'acide, même pur, présente de graves inconvénients; son insolubilité presque complète dans l'eau, le peu de solubilité dans l'alcool dilué, l'impossibilité de le faire prendre avec la glycérine, tout cela constitue une série de difficultés pour l'administration de ce médicament; il fallut l'employer en poudre, et c'est ce que j'ai fait. Au début de mes recherches, je prescrivais chaque jour 5 à 6 grammes, divisés en dix ou douze parties à prendre dans du pain azyme ou dans des cachets, de deux en deux heures.

Mais la poudre développe une saveur âcre, irritante, et, si elle n'est pas bien enveloppée, elle peut produire, en adhérant à la muqueuse, des érosions au pharynx ou à l'œsophage; on a même signalé des petites hémorrhagies provenant de cet organe (Wolfberg), et plusieurs fois on a trouvé à l'autopsie des ulcérations stomacales; il est vrai que, dans quelques-uns de ces cas, la dose était exagérée; ainsi, chez un tuberculeux cité par Goldstammer, la dose avait été de 12 grammes.

En limitant la dose à 5 ou 6 grammes fractionnés, et en enveloppant bien le médicament, je n'ai jamais observé le moindre accident. Buss a fait 30 autopsies; l'acide salicylique n'avait pas laissé de traces dans l'estomac. Il n'en est pas moins vrai que, à cause de ces dangers, l'acide doit désormais faire place aux salicylates.

On s'est efforcé d'augmenter la solubilité de l'acide à l'aide du borax, du citrate d'ammoniaque et du phosphate de soude. Mais le moyen le plus simple, c'est de transformer l'acide en salicylate.

2° *Salicylate de soude.* — Ce sel est dépourvu de toute saveur caustique et présente une grande solubilité dans l'eau. Comme l'acide salicylique, selon toute apparence, est uni dans l'organisme à la soude qu'il rencontre dans le sang, le salicylate de soude doit être employé de préférence aux sels de potasse ou d'ammoniaque qu'on avait également cherché à utiliser.

Ce sel, contrairement à ce qu'on a imprimé récemment, n'est pas formé d'acide et de sel par parties égales, loin de là. L'analyse que j'ai fait pratiquer par mon

autres corporations : nobles, fermiers, artisans, etc. Il ne fait pas partie de la caste noble qui, jusqu'à ces dernières années, a joui du privilége exclusif de porter le sabre. Toutefois, nombre de médecins avaient obtenu le même droit, mais il paraît que cet usage de porter le sabre, comme signe de distinction, avait été établi non par les médecins eux-mêmes, mais par les grands seigneurs auxquels ils avaient affaire. Comme ceux-ci ne pouvaient se dispenser d'admettre les médecins dans leur intérieur, et que, d'autre part, il était contraire à l'étiquette d'introduire dans un palais un homme non porteur de sabre, c'est-à-dire du commun, force fut, pour tout accommoder, d'accorder à quelques médecins le droit de porter le sabre; il faut dire que souvent celui-ci n'était qu'une sorte d'ornement bien inoffensif, ne consistant qu'en un morceau de bois laqué et sculpté qui n'avait de l'arme que l'apparence; mais cela suffisait pour sauvegarder les convenances. Au point de vue scientifique, le médecin à la mode chinoise est complétement nul; il distribue au hasard des drogues qu'il ne connaît guère, pour guérir des maladies qu'il ne connaît pas du tout; toute sa chirurgie se borne, en général, à l'acupuncture et à l'application de moxas.

Quant aux médecins qui sont censés faire de la médecine à la mode européenne, ils sont, comme je l'ai dit, de date récente, et présentent quelques différences avec leurs confrères de l'autre catégorie. Ainsi, ils portent tous leurs cheveux coupés court comme les Européens, dont ils adoptent volontiers quelques parties du costume, et, à Yedo et à Yokohama, on en voit qui sont entièrement vêtus à l'européenne. Leur grande préoccupation est d'employer le plus possible nos médicaments, dont ils connaissent à peine les noms et les doses auxquelles il convient de les donner; ils espèrent probablement attirer les clients par la nouveauté; aussi ont-ils généralement soin de disposer dans la pièce où ils reçoivent leurs visiteurs quelques rangées de flacons ornés de belles étiquettes. Ils ne sont pas moins empressés de faire

interne en pharmacie, M. Valmont, m'a démontré que 10 grammes de ce sel renferment, en chiffres ronds, 8 grammes d'acide ; il contient donc 4/5es d'acide salicylique et 1/5e de soude ; c'est, en réalité, l'acide salicylique qu'on administre sous la forme soluble, et réduit d'un cinquième environ.

La dose doit varier selon qu'il s'agit d'une maladie fébrile, d'une affection apyrétique subaiguë ou d'une maladie chronique. Dans le premier cas, il est nécessaire, pour obtenir les effets thérapeutiques, de prescrire 9 à 10 gram. par jour ; dans le deuxième cas, la dose peut ne pas dépasser 7 à 8 gram. au début, à moins de douleurs vives ; dans ce cas, la dose doit être également de 10 grammes ; si enfin il s'agit d'une maladie chronique, il est utile de ne pas débuter par des doses trop fortes qui peuvent, à cause de leurs inconvénients, décourager le malade.

Deux précautions sont indispensables à observer ; la dose étant fixée, il faut dissoudre le sel dans une grande quantité de liquide, aussi je prescris 10 grammes de sel dans 100 grammes d'eau à prendre par cuillerées à bouche, dont chacune sera délayée dans un demi-verre d'eau. Une deuxième précaution non moins indispensable, c'est de répartir la dose d'une manière à peu près égale dans la journée ; il importe surtout de ne jamais faire prendre de dose massive, comme le prescrivent certains médecins allemands, ce qui est le plus sûr moyen de provoquer des accidents toxiques. Une troisième précaution est à prendre en considération lorsqu'il s'agit de continuer longtemps le remède, c'est, autant que possible, de le faire prendre aux repas.

Enfin, s'il est mal toléré par l'estomac, je le fais délayer dans l'eau de Vichy ou dans l'eau commune additionnée d'eau-de-vie.

3° *Salicylate de lithine.* — Dans la goutte aiguë, et surtout dans les affections goutteuses chroniques, il m'a paru rationnel de combiner l'acide salicylique avec la lithine, qui a des avantages incontestables dans le traitement de cette maladie ; le salicylate de lithine, dont je me suis servi, renferme 5 parties d'acide sur 6, de sorte qu'en prescrivant 6 grammes de sel on donne à la fois 5 grammes d'acide et 1 gramme de lithine ; je n'ai pas encore pu m'assurer des avantages de ce sel sur le salicylate de soude.

4° *Salicylate de quinine.* — Ce sel, connu depuis deux ans, n'avait pas été expérimenté ; celui que j'ai mis en usage renferme 7/10es de quinine. Brown (*Edinburgh medical Journal*, novembre 1876), qui l'a expérimenté comme un moyen antipyré-

---

étalage de livres européens de toute provenance, et que, le plus souvent, ils ne savent pas lire ; mais le public se figure qu'ils puisent dans ces grimoires étrangers des recettes de valeur inestimable, et c'est tout ce qu'il faut. Enfin, ils sont aussi très-portés à faire parade d'instruments de chirurgie dont, fort heureusement, ils n'osent ou ne savent le plus souvent faire usage. J'ai plusieurs fois remarqué que ce sont les instruments les plus ordinairement employés, tels que ciseaux, pinces, bistouris, etc., qui leur manquent, alors qu'on voit entre leurs mains des instruments d'un usage bien moins fréquent, tels que des ophthalmoscopes, laryngoscopes, boîtes d'instruments pour les diverses opérations de l'œil, etc., jusqu'à des microscropes. Inutile de dire que ces instruments leur sont fort inutiles, et ils ne savent guère s'en servir. Je me suis amusé plusieurs fois à voir jusqu'où allait leur habileté dans le maniement de ces instruments et aussi leur effronterie. Je ne citerai qu'un fait entre autres. Pendant que j'étais chargé de l'hôpital de Niigata, il me vint à l'idée d'examiner l'œil d'un malade dans les plus mauvaises conditions, à titre d'expérience ; et je m'arrangeai de telle sorte, que l'ouverture de la pupille était si peu dilatée et la lumière destinée à être réfléchie par l'ophthalmoscope si faible et si blafarde, il était impossible de rien distinguer au fond de l'œil. Néanmoins, je fis semblant de regarder assez longtemps, puis je cédai l'instrument au chef des médecins japonais qui m'étaient adjoints, pour qu'il observât à son tour. Il se mit en position, se donna un bon moment les airs d'un homme fort préoccupé de ce qu'il voyait ; enfin il me dit qu'il avait vu au fond de l'œil des choses bien intéressantes et bien anormales ; il ne dit pas lesquelles, et pour cause.

(*A suivre.*) Dr VIDAL,
Médecin de l'arsenal impérial maritime de Yokoska (Japon).

tique, le considère comme supérieur au salicylate de soude; nous en reparlerons à l'occasion des fièvres intermittentes.

5° *Salicine.* — Quant à la salicine prescrite par Maclagan à la dose de 1 à 2 grammes toutes les deux heures, elle n'agit pas, à beaucoup près, aussi favorablement que les salicylates, mais elle présente quelques avantages, d'après M. Gubler, à cause de ses propriétés toniques.

ACTIONS DE L'ACIDE SALICYLIQUE SUR LES FERMENTS ET LES FERMENTATIONS.

Comme l'acide salicylique dérive de l'acide phénique, on a été porté à rechercher s'il partageait avec lui les propriétés désinfectantes et antiputrides; les résultats ne se sont pas fait attendre et ont confirmé les prévisions théoriques.

Ainsi on a appris qu'une petite quantité d'acide salicylique, ajoutée à un mélange d'amygdaline et d'émulsion d'amandes douces, s'oppose au développement de l'odeur d'essence d'amandes amères.

On sait aussi que la glycose, additionnée d'une trace d'acide salicylique, ne fermente plus au contact de la levûre, et qu'une fermentation commencée s'arrête rapidement en présence d'une minime quantité de cette substance. L'acide salicylique s'oppose également au développement des champignons à la surface de la bière; il vient d'être employé par certains industriels pour empêcher le vin de *tourner*. Nous avons maintenant du vin salicylé; qu'on s'en défie.

De la viande fraîche imprégnée d'acide salicylique peut rester exposée à l'air pendant plusieurs semaines sans se putréfier.

On peut conserver le pain pendant l'été en introduisant une petite quantité de cet acide dans le levain, et en humectant le pain, à la sortie du four, avec une solution étendue de ce corps. 1 gramme d'acide salicylique suffirait, selon Kolbe, pour assurer la conservation de 20 litres d'eau, à bord des navires. Réduit en vapeurs sur une plaque chauffée, il purifie l'air et désinfecte les murs de la chambre dans laquelle il a été volatilisé. Il a, dans ce cas, sur l'acide phénique, l'avantage d'être inodore.

Si l'acide salicylique jouit de la propriété de neutraliser les ferments et de retarder l'apparition des champignons microscopiques, on pouvait espérer qu'il serait tout-puissant contre les intoxications attribuées au développement d'organismes inférieurs, et qu'en annihilant ces substances toxiques encore peu connues, qu'on a désignées sous les noms de *sepsine* et de *zymase*, il deviendrait l'antiseptique par excellence.

C'est sous l'empire de ces idées que le professeur Thiersch a préconisé, pour le pansement des plaies, un mélange d'amidon et d'acide salicylique, ou encore du coton imprégné d'une solution au 300e de cet acide. Mais, tout en se félicitant des résultats obtenus, il a été forcé de reconnaître que le micrococcus se développait *parfois* à la surface des plaies.

J. Müller, Bucholtz, Lajoux ont été témoins de faits analogues en étudiant le développement des bactéries et des moisissures.

Toutefois, d'après les expériences de Zurz, l'action de l'acide salicylique sur le développement du micrococcus, des bactéries, des infusoires, est inférieure à celle de l'acide phénique employé à l'état de solution à 1 ou 2 millièmes.

D'une autre part, Salkowski, comparant les propriétés antiputrides de l'acide salicylique avec celles de l'acide benzoïque, conclut à la supériorité de cette dernière substance.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES SUR LES ANIMAUX.

Quand on administre pendant un temps prolongé de faibles doses, 1 à 2 grammes, d'acide salicylique aux animaux, il n'en résulte aucun effet fâcheux pour leur digestion, ni pour la nutrition, ni pour l'état général (Foeser et Friedberger); l'action de la salive et du suc gastrique sur les aliments n'est nullement entravée.

Les herbivores supportent sans inconvénient des doses plus considérables d'acide salicylique que les carnivores du même poids, résultat qui semble devoir être attri-

bué à une plus rapide élimination de cette substance par les reins chez les herbivores que chez les carnivores. En effet, chez les premiers, les aliments introduisent dans le sang des quantités considérables de sels alcalins, et en particulier des carbonates, qui favorisent l'élimination de l'acide salicylique. Du reste, on observe un phénomène analogue chez les carnivores qu'on soumet à un régime végétal exclusif.

Des doses élevées et assez longtemps continuées deviennent toxiques pour les herbivores quand on diminue la ration de fourrage, parce que la proportion des sels alcalins étant moindre dans leurs urines, l'élimination de l'acide salicylique se trouve entravée ou ralentie.

Voici maintenant les phénomènes que l'on observe à la suite de doses toxiques :

Troubles respiratoires. — Chez le lapin, Buss a constaté de la dyspnée, du ralentissement des mouvements respiratoires, puis des secousses convulsives, au milieu desquelles les animaux succombent.

Nos expériences sur les lapins et les chiens ont démontré l'exactitude de ces mêmes phénomènes; les animaux meurent presque subitement après deux ou trois injections de 1 à 2 grammes de salicylate de soude dilué dans 10 à 15 parties d'eau; la mort est précédée de dyspnée et de convulsions générales.

Köhler attribue la mort à l'asphyxie; à l'autopsie, on trouve, dit-il, des ecchymoses dans le tissu sous-pleural, un œdème passif des poumons et de la sérosité dans le péricarde. Pendant la vie, si l'on vient à sectionner les nerfs vagues, le ralentissement de la respiration se prononce encore davantage. Donc l'acide salicylique diminue l'excitabilité des nerfs vagues du poumon, d'où une oxygénation insuffisante et un excès d'acide carbonique dans le sang.

Troubles de la circulation. Modifications de la température. — Köhler affirme avoir constaté chez le chien un abaissement rapide de la tension vasculaire, et il attribue cet effet à l'action de l'acide salicylique sur les ganglions intra-cardiaques, ou sur le muscle cardiaque lui-même, qui seraient atteints dans leur force nervo-motrice. — Même résultat après l'injection d'une solution de salicylate de soude dans la veine jugulaire d'un lapin.

Dans nos expériences de laboratoire, nous n'avons pas constaté la moindre modification dans la tension artérielle, ni dans le nombre des pulsations du cœur. Ce dernier fait est conforme à l'observation de Reiss.

La température, chez les animaux sans fièvre, ne subit que des modifications insignifiantes; Reiss fit prendre à un chien 5 grammes d'acide salicylique dissous dans du carbonate ou du phosphate de soude, et n'obtint, dans l'espace de 4 à 6 heures, qu'une réduction moyenne de température de 9/10es de degré.

Sur les animaux auxquels Führbringer avait injecté du pus pour provoquer une septicémie fébrile, l'acide salicylique ingéré à dose de 2 grammes ne produisit aucune réfrigération dans 9 cas sur 16.

Köhler, en injectant du salycilate de soude dans le sang à un chien, constata d'abord un abaissement de la température et du pouls; mais en introduisant cette substance dans l'estomac de l'animal, même à dose 10 fois plus forte, il n'observa plus aucun effet.

Mes expériences n'ont jamais amené aucun résultat appréciable, relatif à la température, pas plus que de trouble dans la circulation.

Phénomènes nerveux. — Le système nerveux ne se modifie pas par des doses toxiques; on voit alors se manifester des convulsions générales et tétaniformes qui précèdent la mort, et qui sont moins le résultat de l'asphyxie que de l'action du poison sur le système nerveux.

Mais la sensibilité cutanée et générale n'est pas modifiée. D'une autre part, le pouvoir conducteur des nerfs n'est pas amoindri. Enfin, le pouvoir réflexe de la moelle épinière ne subit aucun changement apparent.

Ces faits négatifs sont d'autant plus importants que, chez l'homme, un des effets les plus frappants de ce médicament, c'est son pouvoir de diminuer les douleurs.

Au résumé, toutes ces expériences sur les animaux sont à la fois difficiles et de

peu de valeur; difficiles, en ce sens qu'on ne peut injecter dans le tissu cellulaire assez d'acide salicylique ou de salicylate de soude, sans provoquer des actions locales; injectées dans les veines, ces substances produisent des effets mécaniques dont il faut tenir compte; car, pour injecter quelques grammes de salicylate, une grande quantité d'eau est nécessaire; l'ingestion dans l'estomac, chez le lapin et chez le chien, est souvent suivie de dégoût, de vomissements, et on ne peut plus compter sur les effets physiologiques.

Donc, dans cette occurrence, on ne peut pas inférer des expériences sur les animaux aux effets qu'on observe chez l'homme.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Addition à la séance du 13 juin 1877. — Présidence de M. PANAS.

M. Polaillon communique l'observation suivante : *Imperforation du rectum; recherche de l'ampoule rectale; établissement d'un anus artificiel par la méthode de Littre.*

Persuadé, dit M. Polaillon, que la relation des revers est au moins aussi instructive que celle des succès, je viens faire connaître une opération d'imperforation congénitale du rectum pendant laquelle il m'a été impossible de saisir l'ampoule rectale et de l'ouvrir.

Deux cas d'imperforation du rectum se sont offerts à mon observation presque coup sur coup. L'un s'est terminé par la guérison à la suite d'une opération simple; l'autre, en apparence semblable au précédent, a nécessité l'opération de Littre après des tentatives infructueuses pour ouvrir l'intestin par les voies naturelles. Le premier de ces faits a été publié dans l'UNION MÉDICALE (n° 65, p. 904); le second est celui que je présente aujourd'hui.

Je rappelle brièvement que, dans le premier cas, l'anus, bien formé, était surmonté d'un cul-de-sac d'une profondeur de 2 centimètres. Bien qu'on ne sentît pas dans le fond du cul-de-sac cette résistance élastique particulière qui indique que l'ampoule rectale est proche, j'enfonçai dans la direction du rectum le plus fin trocart de l'aspirateur. Il se produisit un petit bruit analogue à un coup d'aiguille donné sur une membrane tendue, et la seringue aspiratrice ayant été adaptée à la canule, une petite goutte de méconium sortit avec du gaz. Il était évident que l'ampoule rectale n'était séparée du cul-de-sac anal que par une mince membrane. Une ponction avec un bistouri pointu, l'introduction de la sonde cannelée dans le rectum, et un large incision de la membrane séparative en arrière avec le bistouri boutonné, constituèrent toute l'opération. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. Dans les jours suivants, les matières fécales eurent un libre cours, et l'enfant se portait bien un mois après. Cette opération fut exécutée le 15 mars, vingt-six heures après la naissance de l'enfant.

La seconde opération, pratiquée le 22 avril 1877, fut loin d'être aussi heureuse.

Il s'agissait d'un enfant mâle du poids de 3,200 grammes, né spontanément le 20 avril, à trois heures du matin. Dans les heures qui suivirent la naissance, il urina, mais ne rendit pas de méconium. Au bout de vingt-quatre heures, le ventre commença à se ballonner. Dans la journée du 21, des vomissements survinrent. Le 22 au matin, les vomissements étaient jaunâtres.

L'anus était bien conformé, et donnait accès dans un cul-de-sac profond de 1 centimètre 1/2. Mais, pas plus que dans le premier cas, on ne sentait au fond du cul-de-sac une résistance élastique indiquant l'ampoule rectale. Les urines étaient claires et sans mélange de méconium; en pressant sur l'abdomen, on ne faisait pas sortir de gaz par l'urèthre, signes négatifs qui me permirent de penser qu'il n'y avait pas communication entre le rectum et les organes urinaires. L'enfant avait avalé des liquides sans régurgitation et sans suffocation; par conséquent, l'œsophage n'était pas imperforé, malformation qui accompagne quelquefois l'atrésie de la partie inférieure du tube digestif, qui est absolument incompatible avec la vie, et qui contre-indique toute intervention chirurgicale contre l'imperforation du rectum. Au contraire, le petit malade semblait être dans les meilleures conditions pour vivre, une fois que le cours des matières fécales aurait été rétabli par une opération.

La présence d'un anus bien conformé avec un cul-de-sac indiquait d'opérer d'abord par le périnée; mais, pour mener à bien cette opération, il faut savoir deux choses : 1° s'il existe une ampoule rectale; si cette ampoule n'est pas trop profondément située au-dessus de l'excavation du bassin, dans un lieu inaccessible.

Lorsque la sensation d'une poche élastique et rénitente, qui se gonfle pendant les cris de

l'enfant, fait défaut, l'opérateur ne peut s'éclairer sur l'existence ou la non-existence de l'ampoule rectale que par la ponction exploratrice. Or, le premier fait que j'ai cité montre que cette sensation peut manquer, bien que l'ampoule existe, et même bien qu'elle soit située très-près du cul-de-sac anal. Il faut donc recourir à la ponction exploratrice pour résoudre le premier élément du problème, à savoir, s'il y a ampoule rectale. Remarquez, Messieurs, que je dis *ponction exploratrice,* c'est-à-dire ponction avec un très-fin trocart, dont la piqûre est réputée à peu près inoffensive, quand même elle s'égarerait dans les tissus; car je repousse la ponction avec un gros trocart comme *méthode d'exploration et comme méthode opératoire.*

Le 22 avril, à onze heures du matin, cinquante-six heures après la naissance, je commence l'opération. Après avoir vidé la vessie de l'enfant et avoir fait écarter les membres inférieurs, le tronc étant dans le décubitus latéral, j'introduis le doigt indicateur de la main gauche dans le cul-de-sac anal, et je glisse contre lui un fin trocart explorateur que je fais pénétrer dans la direction présumée du rectum, à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Je retire alors le poinçon du trocart, et les mouvements faciles de la canule, la possibilité de l'enfoncer plus profondément sans effort, me font reconnaître que l'extrémité de cet instrument a pénétré dans une cavité. Des gaz ne sont pas sortis par la canule; mais, en la retirant, je constate que sa cavité est oblitérée par du méconium épais. La première partie du problème est résolue; l'ampoule rectale existe.

Mais à quelle hauteur est-elle située? Telle est la seconde partie du problème qu'il s'agit de résoudre. En piquant avec le trocart dans le fond du cul-de-sac anal, on n'a pas entendu le bruit caractéristique d'une membrane tendue qu'on perfore. Il a fallu pousser le trocart assez profondément pour que son extrémité pût se mouvoir librement. J'en conclus qu'une couche de tissu, probablement épaisse, sépare le cul-de-sac anal de l'ampoule rectale. Je continue mon exploration de la manière suivante : J'incise le fond du cul-de-sac avec un bistouri dont la lame est recouverte avec une bandelette de sparadrap, et, introduisant l'index à travers cette incision, je guide sur lui une sonde cannelée pour décoller les tissus en haut et en arrière. Des recherches minutieuses ne me permettent pas de découvrir l'ampoule rectale. J'incise alors sur la ligne médiane tous les tissus qui sont situés entre l'anus et la base du coccyx, qui est réséqué. Un écoulement sanguin assez abondant suit cette dernière incision. De nouvelles recherches sont infructueuses. J'emploie de nouveau le trocart explorateur, qui avait rencontré d'emblée l'ampoule rectale; mais, cette fois, l'ampoule reste introuvable. Après une heure d'exploration, n'ayant pu réussir (non plus que M. Porack, interne du service, qui m'aidait dans l'opération) à sentir ni à voir dans le fond de la plaie, baignée par le sang, la terminaison du rectum, j'abandonne à regret la voie périnéale, et je me décide à pratiquer un anus artificiel par la méthode de Littre.

Un fil d'argent réunit les lèvres de la plaie ano-coccygienne et fait cesser l'hémorrhagie en nappe.

L'incision abdominale est faite à gauche, couches par couches, à un travers de doigt au-dessous du pli de l'anus. Le péritoine est ouvert dans l'étendue d'un centimètre. Les intestins grêles se présentent et font brusquement irruption pendant les cris de l'enfant. Cet accident aggrava singulièrement l'opération et ses suites. En effet, les intestins, distendus par le gaz, s'étranglèrent au niveau de l'incision abdominale. Il fallut, pour les réduire, non-seulement agrandir un peu cette incision, mais encore donner issue aux gaz. Pour cela, une anse de l'intestin grêle fut saisie par deux pinces à verrou, et incisée entre ces deux pinces. Les gaz intestinaux s'échappèrent. On put alors réduire l'intestin et fixer à la paroi abdominale les lèvres de l'incision intestinale. L'anus artificiel fut donc pratiqué sur l'intestin grêle, faute d'avoir pu saisir l'S iliaque avant la hernie de cet intestin.

Pendant la journée du 22, l'enfant teta peu et ne rendit presque pas de méconium. Le 23, le ventre était ballonné et douloureux. Cependant l'enfant se mit à teter avec plaisir et rendit une grande quantité de méconium. Le 24, les fonctions digestives se faisaient à peu près bien. Mais la peau était chaude; le ventre ballonné, douloureux; la teinte de la peau ictérique. La péritonite devenait de plus en plus grave. Le 25, la mort survint.

En faisant l'autopsie, mon attention s'est portée sur deux points : 1° l'impossibilité de saisir l'ampoule rectale; 2° la cause de la péritonite.

L'impossibilité de saisir l'ampoule rectale s'explique en partie par sa hauteur dans l'excavation pelvienne. En effet, cette ampoule est située à 2 centimètres au moins du fond du cul-de-sac, qui a lui-même 1 centim. 1/2. Mais, à cette profondeur, l'ampoule rectale n'est pas inaccessible, car l'examen des pièces montre que j'ai atteint la terminaison du rectum, et que j'ai décollé les tissus en arrière bien plus haut que cette terminaison. La sensation de poche élastique que donne l'ampoule rectale est un signe bien infidèle, puisque mon doigt est resté appliqué contre cette ampoule pendant une grande partie de l'opération sans pouvoir le reconnaître. Ce n'est pas la première fois du reste que, dans des opérations de ce genre, ce

signe m'a fait défaut. Le meilleur guide, pour arriver à saisir le rectum, c'est de le voir. Or, pour le voir, il faut se donner du jour, non-seulement en réséquant le coccyx, mais encore la partie inférieure du sacrum. Et si mes recherches ont échoué, c'est, à mon avis, parce que je n'ai pas prolongé assez en arrière mon incision ano-coccygienne.

Quant à la cause de la péritonite, la hernie de l'intestin grêle, les manœuvres nécessitées pour sa réduction, l'expliquent de reste. Cependant j'avais à examiner si mes ponctions n'avaient pas blessé le péritoine au niveau de sa réflexion sur la terminaison du rectum. Quelques fausses membranes siégeaient en ce point, mais il n'y avait pas de lésion apparente du péritoine. Pour m'assurer si le gros intestin n'avait pas été perforé, je l'ai insufflé, et, en faisant effort pour le gonfler, l'air s'est échappé par une petite ouverture située en bas et en avant, dans un point recouvert par le péritoine. Cette ouverture est si petite qu'elle n'a certainement pas laissé échapper la moindre parcelle de méconium au moment de sa formation, et elle a dû être bientôt oblitérée par une fausse membrane. Les explorations par la voie périnéale ont certainement apporté leur appoint dans le développement de la péritonite, mais on peut admettre, d'après l'examen des pièces, qu'elles n'ont joué qu'un rôle secondaire.

L'anus artificiel a été pratiqué sur l'intestin grêle, à une distance de 8 à 9 centimètres du cœcum.

M. Depaul est étonné que M. Polaillon n'ait pas réussi à trouver l'ampoule rectale ; il pense que son collègue aurait dû aller plus hardiment, se servir d'un trocart de plus gros volume et le pousser plus avant ; il eût eu la chance de trouver l'intestin, car l'examen de la pièce anatomique montre que les choses existaient ici comme on les trouve presque toujours dans les cas de ce genre, c'est-à-dire qu'il y avait au niveau de l'anus imperforé un infundibulum surmonté d'un rétrécissement au-dessus duquel était l'ampoule rectale. En s'aidant de la palpation du ventre et de la pression pour faire saillir l'ampoule du côté du cul-de-sac cutané, M. Polaillon l'eût probablement atteinte. M. Depaul a toujours réussi dans quinze cas qui se sont présentés à son observation.

Quant à la résection du coccyx, dans ces cas, elle est complétement inutile et même nuisible par les délabrements considérables qu'elle produit.

M. Amédée Forget fait les remarques suivantes à propos de la présentation de M. Polaillon :

La pièce anatomique présentée par M. Polaillon, comme plusieurs autres pièces qu'il m'a été donné d'examiner, tend à prouver qu'il existe un rapport anatomique direct entre l'anus anormal et le cordon fibreux qui relie celui-ci à l'ampoule rectale.

Ce cordon, dont le volume et la longueur varient, est un rudiment du rectum qui a subi un arrêt partiel ou total de développement. Il est placé dans la direction du pseudo-anus qu'il continue si bien qu'on peut dire qu'il lui est uni-axuel ; d'où il ressort que, pour atteindre le renflement intestinal, il faut faire suivre au trois-quart explorateur la même direction.

En rapprochant l'une de l'autre les parties divisées chez le sujet de M. Polaillon, on rétablit ce rapport anatomique qui correspond au centre même de l'excavation pelvienne.

L'incision du périnée et la résection du coccyx n'ont pas permis à M. Polaillon d'atteindre l'ampoule rectale. L'examen de la pièce démontre qu'elle a plutôt servi à l'égarer dans ses recherches. En effet, le doigt tourné vers le sacrum a décollé les parties molles en arrière de l'ampoule rectale dans une hauteur de plusieurs centimètres, repoussant par cette manœuvre l'intestin en avant, et, avec lui, la partie antérieure du périnée et le cul-de-sac péritonéal.

Il m'a semblé que cette manœuvre, donnant lieu à une sorte de fausse route, était facilitée par la résection du coccyx qui changeait les rapports naturels des parties, et que cette pièce anatomique renfermait un enseignement dont il faudra tenir compte dans les cas semblables.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

RÉCLAMATION

La Bourboule, le 27 juin 1877.

Monsieur l'administrateur de L'UNION MÉDICALE, *à Paris.*

Dans votre numéro du 21 courant et sous ce titre : *Thérapeutique, les cures arsenicales à domicile*, nous avons lu un article anonyme qui expose de la manière la plus inexacte :

1° Le classement des sources ou prétendues sources de l'eau minérale de la Bourboule ;

2° Et le *mode d'administration* de cette eau indiqué par M. Gueneau de Mussy.

L'eau de la *Grande source* Choussy,

La *seule*, à *la Bourboule*, qui soit employée actuellement pour le service balnéaire de la station thermale;

— La *seule* peut-être, *hors de la Bourboule*, qui, expédiée partout, soit universellement prescrite par les médecins qui connaissent cette eau arsenicale et l'emploient à domicile;

— La *seule* sur laquelle ont été faites les expériences, à Paris, de MM. Gueneau de Mussy, Bazin, Frémy, Martin-Damourette, etc.; à Lyon, de MM. Tessier, Bouchacourt, Berne, etc., d'où est sortie la réputation de la Bourdoule;

— La *Grande source Choussy*, enfin, qui *personnifie la Bourboule* dans le passé comme dans le moment actuel, est reléguée par cet article à un rang inférieur, à côté d'autres sources qui ne semblent être encore connues que par la réclame commerciale qu'on fait autour d'elles.

Cette confusion doit être empêchée dans l'intérêt des médecins qui vous lisent et de leurs malades, aussi bien que dans l'intérêt même de la Bourboule.

Au même titre, il est nécessaire de dire que c'est de l'eau de la *Grande source Choussy* seulement, et non pas d'aucune autre, que M. Gueneau de Mussy a parlé dans sa *Clinique médicale*, lorsqu'il a tracé le *mode d'administration* que l'article applique fort mal à propos à d'autres sources. . . . . . »

Veuillez donc, Monsieur, donner place à la présente note rectificative dans votre prochain numéro, et agréer l'assurance de ma considération distinguée.

Le directeur du grand Établissement thermal de la Bourboule (Puy-de-Dôme). »

C. Audouin.

FORMULAIRE

—

Collutoire contre le muguet. — Parrot.

Chlorate de potasse.		6 grammes.
Glycérine neutre.	*áâ*. .	15 —
Miel rosat		

Mêlez. — Ou bien :

Borate de soude.	*áâ*. .	10 grammes.
Miel rosat.		

Mêlez. — Chez les enfants atteints de muguet, on touche les parties malades, trois fois par jour, avec un pinceau imbibé de l'un ou de l'autre de ces collutoires, en ayant soin de faire une friction préalable avec un linge fin et sec. De plus, on administre au malade, toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à café d'un mélange à parties égales d'eau sucrée et d'eau de Vichy. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 3 Juillet 1657.

—

Guy Patin écrit (en latin) à son ami Vander Linden. Il ne manque pas de déverser sa haine sur la mémoire de Richelieu :

« . . . . Ici lon commence d'imprimer un grand ouvrage historique, savoir : *De vita et gestis Armandi Richelii cardinalis.* Il fit, en vérité, des choses étonnantes ce dispensateur d'un règne puissant et florissant; mais il n'en fut pas moins un fourbe, sectateur pernicieux du machiavélisme. Pourvu qu'il fit monter les siens et qu'il comblât ses neveux de richesses, tout lui fut bon, trompant son roi pendant de longues années, exerçant sa haine contre la reine-mère, Marie de Médicis, à laquelle pourtant il devait tant, ne visant qu'un but, — régner seul, — frappant l'Europe entière, dépouillant la France, qu'il réduisit presque à l'indigence. . . . » — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Debove, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est délégué dans les fonctions de chef des laboratoires des cliniques (Hôtel-Dieu) à ladite Faculté, en remplacement de M. Longuet, démissionnaire.

M. Leblanc, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris.

M. Sevestre, docteur en médecine, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de

Paris, est nommé chef de clinique à ladite Faculté jusqu'au 1er novembre 1877, en remplacement de M. Debove, appelé à d'autres fonctions.

M. Verrier, docteur en médecine, est nommé préparateur du cours d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Ritter, docteur en médecine, est nommé professeur de chimie médicale et toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Planas (Richard), né le 7 février 1852 à Cienfuegos (île de Cuba), est nommé préparateur de cours de médecine légale à Montpellier.

Concours du Bureau central. — Le concours pour trois places de chirurgiens du Bureau central de l'Assistance publique vient de se terminer par la nomination de MM. Berger, Monod et Pozzi.

Ambulances turques. — Nous extrayons, d'un article publié dans la *Liberté*, les quelques lignes suivantes sur les ambulances turques et leur organisation :

« . . . . . Tous les pays, sauf la France, sont à peu près représentés par un corps médical d'une trentaine de médecins et de chirurgiens engagés pour la durée de la campagne. La majorité de ces messieurs est d'origine austro-hongroise; cependant, il y a parmi eux trois Anglais, deux Allemands, deux Italiens et un Suédois.

« Avec de tels éléments, il est facile de comprendre que les ambulances turques, d'ordinaire si élémentairement établies et organisées, ne laissent, à Widdin, rien à désirer sous le rapport des soins intelligents et dévoués. Il y aurait peut-être bien certaines réserves à faire quant aux approvisionnements pharmaceutiques indispensables, qui quelquefois manquent; mais Osman-Pacha a énergiquement réclamé à Constantinople, et on espère n'avoir plus à formuler de plaintes sur ce sujet d'ici à quelques jours. Le matériel, voitures, fourgons, cacolets, etc., est bon et suffisant. L'état sanitaire des troupes, par une pareille chaleur caniculaire, et malgré les émanations de la vaste plaine marécageuse au milieu de laquelle Widdin est situé, se trouve relativement très-satisfaisant; on ne compte pas plus de six à sept cents malades — dont neuf dixièmes de la dysenterie — sur une concentration pouvant être estimée, au bas mot, à quatre-vingt mille hommes. Les soldats turcs éprouvent une répugnance très-marquée pour l'infirmerie, à tel point qu'ils refusent de se reconnaître soit indisposés, soit malades, afin d'éviter de s'y rendre. Pour obvier à cet inconvénient, on procède tous les deux jours, dans chacun des sept camps aux alentours, à une inspection sommaire, offrant un côté légèrement comique. Les soldats, placés par files de quarante à cinquante, sortent leur langue au commandement, et les médecins les examinent rapidement, faisant sortir des rangs ceux qu'ils jugent atteints d'une façon quelconque. Rien de plus cocasse que toutes ces langues à l'alignement, durant les quelques minutes de la visite; mais c'est là une mesure excellente. . . . . . »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un confrère de province aussi instruit que dévoué, M. le docteur Auguste Titon, qui, par l'aménité de ses manières et sa grande honorabilité, avait su conquérir une des premières places parmi les médecins de la Marne, où se trouve l'École de Reims. Auguste Titon était âgé de 50 ans seulement. Après de brillantes études, il fut interne des hôpitaux en 1851; une année plus tard il obtenait le second prix de l'École pratique, et, en 1854, il soutenait une thèse, justement remarquée, *Sur l'absorption et la valeur thérapeutique des préparations iodées*. Ses obsèques ont eu lieu le 24 juin, à l'église cathédrale de Châlons. Parmi les assistants, on remarquait M. Laboulbène, médecin de la Charité, vieil ami et camarade d'internat de Titon, accouru de Paris pour lui rendre les derniers devoirs. Après la cérémonie religieuse, le cercueil a été transporté à Soudron, village natal où Titon a voulu être inhumé. Au moment de la séparation suprême, plusieurs discours ont été prononcés, par M. de la Barre du Parcq, par M. le docteur Bienfait et par M. le docteur Wast (de Vitry-le-François), correspondant de la Société de chirurgie et ancien interne des hôpitaux. — (*Gaz. hebd.*)

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 28 juin 1877, on a constaté 852 décès, savoir :

Variole, 2 décès; — rougeole, 12; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 5; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 27; — pneumonie, 35; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 37; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 28; — croup, 11; — affections puerpérales, 2; — affections aiguës, 248; — affections chroniques, 374 (dont 187 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 35; — causes accidentelles, 30.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

De la communication de M. le professeur Sée, sur l'acide salicylique et sur le salicylate de soude, l'Académie ne connaissait que la partie chimique et physiologique, que le savant professeur lui avait exposée la semaine dernière. Dans la séance d'hier, M. Sée a terminé cette communication par l'exposé clinique et thérapeutique de la nouvelle médication.

Cette médication, si les autres cliniciens et praticiens obtiennent les mêmes résultats que M. Sée, pourra être inscrite dans le rare catalogue des spécifiques, au rang du sulfate de quinine, des iodures, du mercure, auxquels nous ne pouvons ajouter, malheureusement, de nombreux *et cætera.*

Cette nouvelle communication de M. Sée a produit un grand étonnement dans l'assistance, et l'honorable professeur aurait tort de s'étonner de cet étonnement. Le milieu auquel il s'est adressé est un milieu assez sceptique et pas du tout enthousiaste. M. Sée est venu lui raconter de véritables merveilles de l'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu que cet agent a guéri en trois et quatre jours, dans le rhumatisme chronique, dans le rhumatisme noueux, fibreux, le désespoir de la thérapeutique; dans la goutte, dont il dissipe comme par enchantement la douleur et la fluxion. L'Académie n'en revenait pas. Elle se rappelait sans doute les nombreuses déceptions de la pratique à l'égard de ces mêmes maladies pour la guérison desquelles on a vanté tour à tour tant de médications diverses qui sont peu à peu tombées dans le plus profond oubli. M. Sée doit s'attendre même à des contradictions énergiques. Vont bientôt être exhibés des faits opposés et des observations négatives. C'est ainsi que cela se passe toujours, à moins que, plus prudent que tant d'autres, M. Sée ne se soit pas abandonné trop facilement aux premières et favorables impressions, qu'il ait suffisamment attendu, bien vu, longtemps vu, ce que nous désirons vivement pour la satisfaction des souffrants et des pauvres malades.

FEUILLETON

L'HYGIÈNE

SA DÉFINITION, SA MATIÈRE, SES MOYENS, SES PHASES, SON BUT.

[Les lignes suivantes servent de *Préface* au *Traité d'hygiène publique et privée* que M. le docteur A. Proust vient de publier (1). Ce tableau tracé à grands traits de cette partie de la science médicale, qui prend de plus en plus une importance dominante, nous a semblé de nature à intéresser nos lecteurs.] — *Note de la rédaction.*

Résumer en quelques lignes l'objet, les limites et la portée d'une science, est toujours une entreprise difficile, et, à mon sens, peu profitable, surtout quand il s'agit d'une étude aussi vaste et aussi complexe que celle de l'hygiène. On ne s'étonnera donc pas de ne point trouver ici l'énumération de toutes les définitions qui en ont été données jusqu'ici, et peut-être le lecteur nous saura-t-il gré de ne pas venir, à notre tour, lui en proposer une nouvelle.

L'hygiène, a-t-on dit, est l'art de conserver la santé; mais, au seuil même de la question, nous nous heurtons à une première difficulté, et qui en soulève toute une série d'autres. Qu'est-ce que la santé? qu'est-ce que la maladie? Où commence l'une? où finit l'autre? Éternelle et vide querelle de mots, dans laquelle nous nous garderons bien de nous stériliser.

Que penser aussi de ces divisions surannées en « sujet de l'hygiène, matière de l'hygiène, etc., » que l'on trouve dans presque tous les traités classiques, et qui donnent une

(1) Un volume in-8°. Paris, 1877, G. Masson, éditeur.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDES SUR L'ACIDE SALICYLIQUE ET LES SALICYLATES; TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU ET CHRONIQUE DE LA GOUTTE ET DES DIVERSES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX SENSITIF PAR LES SALICYLATES (1);

Communication faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 26 juin 1877,

Par M. le professeur Germain Sée.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE L'ACIDE SALICYLIQUE ET DE SES DÉRIVÉS SUR L'HOMME DANS L'ÉTAT DE SANTÉ OU DE MALADIE.

Pour que le médicament puisse produire des effets physiologiques ou curatifs, il est nécessaire de dépasser 2 à 3 grammes d'acide salicylique par jour; la dose thérapeutique est de 5 à 6 grammes, ou de 7 à 10 de salicylate de soude, qui lui est préférable à tous égards.

Voici les phénomènes qu'on observe : 1° sur les organes digestifs; 2° sur le système nerveux sensoriel; 3° sur le système nerveux central; 4° sur le cœur, le pouls, la respiration, la température; 5° sur les organes et les liquides d'élimination, particulièrement sur les reins et les urines; 6° sur le sang.

1° *Organes digestifs.* — Si on prend 2 à 3 grammes d'acide à la fois, et qu'on répète cette dose, dans la même journée il se produit fréquemment des nausées et des vomissements, parfois avec sensation de brûlure au gosier et à l'estomac. Il suffit de fractionner la dose de 5 à 6 grammes en 10 à 12 parties, et de l'administrer dans du sirop alcoolisé ou dans du pain azyme, pour éviter ces inconvénients. A plus forte raison peut-on prévenir ces effet, à l'aide d'une solution de 8 grammes de salicylate de soude dissous dans une grande quantité de liquide, et fractionnée en 4 ou 5 parties.

De cette façon, l'action directe du médicament sur la muqueuse digestive est généralement nulle; plusieurs de mes élèves, en prenant le salicylate avec les précautions indiquées, ont pu continuer leur travail, sans éprouver le moindre trouble ni de l'appétit, ni de la digestion, ni des évacuations.

Chez les fiévreux, je n'ai vu que rarement se produire des nausées ou des vomis-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet.

---

allure pédante et scolastique à une science vivante et jeune entre toutes? Il est temps, ce nous semble, de renoncer définitivement à toutes ces subtilités.

D'une façon générale, l'hygiène peut être envisagée sous deux points de vue différents.

Pour les uns, se tenant strictement à l'acception étymologique (ὑγίεια, santé), elle se borne à l'étude des moyens dont nous disposons pour conserver la santé, c'est-à-dire pour éviter les maladies : l'hygiène ne serait donc, à proprement dire, que de la prophylaxie pure et simple.

Il est une autre manière de comprendre l'hygiène, plus haute et plus large. Avec elle, le programme de cette science s'étend singulièrement; il ne s'agit plus d'un but purement préventif et prophylactique, d'un rôle surtout défensif : tout ce qui peut conduire à l'amélioration de l'homme, à l'accroissement de son bien-être physique et moral, de son activité somatique et intellectuelle, devient du ressort direct et légitime de l'hygiène. Ainsi envisagée, elle franchit les limites étroites de la médecine; et la biologie, l'anthropologie, la législation, l'histoire entière de l'humanité, se réunissent pour constituer le fonds et comme le domaine propre de cette science. Tout ce qui touche à l'homme appartient à l'hygiéniste; il n'a le droit de se désintéresser de rien, et il peut s'appliquer la pensée du poëte : *Nil humani a me alienum puto.*

Vaste et séduisante entreprise, qui a tenté tous les philosophes, depuis Platon jusqu'à Fourier, et qui ne vise à rien moins qu'à formuler les lois générales que reconnaissent le progrès et la civilisation. Énoncer un tel programme, c'est indiquer du même coup combien il est difficile à réaliser, et tout en l'acceptant dans sa généralité, et comme résumant la tendance même de l'hygiène, il faut s'appliquer, selon nous, non pas à élargir un cadre déjà naturellement immense, mais, au contraire, à le restreindre en le précisant. Il nous convient de faire œuvre de médecin et de biologiste, et non de philosophe ou de réformateur; et pour cela,

sements, et jamais ces accidents n'ont persisté, même quand on continuait la même dose pendant un certain nombre de jours. Mais lorsque, dans les maladies chroniques, j'ai prescrit le médicament pendant quelques semaines, j'ai vu se produire, parfois tout à coup, une intolérance passagère du médicament et surtout un certain dégoût, qui obligeaient de cesser pendant deux ou trois jours. En pareil cas, il suffit souvent de faire prendre la solution dans l'eau de Vichy, ou bien avec addition de liqueur alcoolique, pour faire cesser ce trouble dans les fonctions digestives.

2° *Troubles de l'ouïe; bourdonnements, surdité; troubles de la circulation faciale et intra-crânienne.* — L'effet le plus constant des préparations salicyliques, c'est le développement souvent très-prompt de bourdonnements d'oreilles; les individus sains, comme les malades apyrétiques, de même que les fiévreux, accusent ce phénomène d'une manière presque invariable, dès qu'ils sont arrivés à la dose de 5 à 6 grammes d'acide salicylique ou de 10 grammes de salicylate de soude. Ils se plaignent presque tous non-seulement de ces bruits étranges dans l'organe de l'ouïe et dans toute la tête, mais ils les comparent à des roulements lointains, des sensations de flot; ils disent sentir de l'eau ou du sang circuler dans le crâne; mais il est remarquable que ces sensations ne s'accompagnent pas du moindre trouble intellectuel, ni d'hallucinations, ni d'illusions de la vue, analogues à celles du vertige, comme cela a lieu sous l'influence du sulfate de quinine ou par l'effet du mal de mer. Il est très-rare que les malades voient ou croient voir les objets en rotation ou éprouvent eux-mêmes la sensation gyratoire; c'est tout au plus s'il y a parfois une sorte de titubation ou plutôt d'incertitude dans la marche; celle-ci ne tarde pas à s'affermir.

Après les bourdonnements d'oreilles et les bruissements dans la tête, le phénomène le plus commun, c'est la diminution dans la sensibilité de l'ouïe, puis une surdité qui cependant est rarement complète, et qui ne se manifeste qu'au bout de deux à trois jours de l'usage de 6 grammes d'acide salicylique ou de 10 à 12 grammes de salicylate de soude. Lorsqu'on continue ainsi, la surdité et les bourdonnements n'augmentent pas; ils restent stationnaires, souvent même ils rétrogradent sans qu'on diminue notablement la dose.

En tous les cas, dès qu'on cesse l'emploi du remède, les bourdonnements d'oreilles et les bruissements de la tête disparaissent pour ainsi dire immédiatement, et la surdité ne laisse jamais de traces; jamais elle ne persiste comme après l'usage prolongé ou après des doses élevées de préparations quiniques.

---

abandonnant les horizons trop vastes, nous devons nous borner aux problèmes prochains et immédiats que soulève notre science. Ainsi réduite à des proportions plus modestes, la portée réelle de l'hygiène n'en est pas moins considérable, et bien faite pour effrayer les esprits même les plus robustes.

A tout prendre, l'hygiéniste ainsi que le philosophe poursuivent un seul et même but, qui est le bien, l'amélioration de l'espèce humaine; mais si le but est commun, bien différents sont les moyens à l'aide desquels l'un et l'autre cherchent à le réaliser. L'erreur de la plupart a été précisément d'avoir pris les choses de trop haut, et d'avoir cherché à appliquer aux problèmes sociaux une rigueur et une logique que leur nature même ne saurait comporter.

Où trouver, en effet, en dehors des lois qui régissent le monde matériel et dont l'essence même est d'être immuables, où trouver, disons-nous, des règles fixes, absolues, éternelles? Partout où l'homme intervient comme élément du problème, sa présence y introduit une donnée essentiellement variable qui s'oppose à la rigueur mathématique des conclusions. Le mot de Pascal : « Vérité au delà des Pyrénées, erreur en deçà », n'est-il pas applicable même aux notions morales les plus simples? Il en est de même pour les règles de justice et de droit, et Montesquieu n'a pas eu de peine à montrer combien il est faux de chercher à les déduire d'axiomes inflexibles, combien elles varient avec les climats, les peuples et les époques. Loin d'accuser les vues de ces hommes illustres de scepticisme ou de découragement, il y faut voir l'appréciation cruelle parfois, mais vraie et juste, de la contingence et de l'instabilité des notions en apparence les plus solides et les plus fondamentales.

Y a-t-il lieu, du reste, de s'étonner de ces fluctuations dans les lois qui régissent les rapports des hommes entre eux et avec ce qui les environne, si l'on veut réfléchir un instant à la mutabilité même de cet être malléable et divers entre tous que l'on appelle l'homme? Sans

3° *Système nerveux central.* — Par les doses thérapeutiques, on n'observe chez l'homme sain aucun trouble dans le système encéphalique ou médullaire. Les sens eux-mêmes, à l'exception de l'ouïe, ne sont pas troublés ; si, dans quelques cas, on a cru remarquer une diminution de l'acuité visuelle, c'est à la suite de doses massives ou trop rapprochées.

C'est dans ces cas aussi qu'on a noté l'apparition d'un délire calme, sans hallucination, sans excitation, et bien plus rarement un délire violent analogue au délirium trémens, rarement encore des convulsions tétaniformes ; on peut dire qu'à l'état sain les doses de 10 à 12 grammes n'ont jamais produit de troubles cérébro-spinaux. S'agit-il de fébricitants, le délire se produit plus facilement ; sur deux malades atteints de fièvre typhoïde, chez lesquels le thermomètre marquait 40 degrés, le salicylate de soude à 10 grammes par jour produisit, au bout de sept à huit jours, un délire calme qui s'accompagna d'un abaissement considérable de la température (2 à 3 degrés) ; on cessa l'emploi du médicament ; tout aussitôt le délire disparut, mais la chaleur remonta à 40, et la maladie suivit ensuite son cours régulier jusqu'à la guérison.

Du reste, en aucun cas, je n'ai pu constater de trouble de la sensibilité ni du mouvement ; les contractions tétaniformes, dont Léonard-Aster a cité un exemple, n'ont jamais été indiquées dans mes observations ; le collapsus qui suit l'administration des doses élevées ne s'est pas produit davantage chez mes malades ; mais il suffit qu'il puisse se manifester un seul phénomène toxique comme le délire, pour qu'on doive surveiller rigoureusement l'effet de la médication, qu'on ne dépasse jamais les doses indiquées, qu'on les espace d'une manière suffisante, et que, enfin, on supprime la prescription, dès le moindre signe d'intoxication.

4° *Effets de l'acide salicylique sur le cœur, le pouls, la respiration et la température.* — Chez l'homme sain, on observe parfois des troubles vasculaires partiels qui portent particulièrement sur la circulation intra-crânienne ou faciale. Mais le cœur continue à battre d'une manière régulière ; le rhythme et le nombre des pulsations cardiaques restent à l'état normal ; il en est de même du pouls, qui ne subit pas la moindre modification.

La respiration, qui est si gravement compromise par les doses toxiques, ne change point par l'usage de 8 à 12 grammes de salicylate alcalin. La température elle-même ne subit pas le moindre abaissement.

Deux de mes élèves se sont soumis à l'usage journalier de 5 à 6 grammes d'acide

---

envisager la question dans sa généralité, et pour nous en tenir au point de vue spécial de l'hygiène, quelles différences profondes, absolues, selon les temps, les lieux et les climats ! A coup sûr, l'hygiène de l'Européen ne saurait être celle de l'habitant des tropiques ; ici, la sobriété et la paresse ; là, une alimentation généreuse et une incessante activité constituent les éléments nécessaires au maintien de la santé et de la vie. Les anciennes peuplades nomades et guerrières, avec d'autres besoins et d'autres instincts, reconnaissaient aussi une hygiène différente de celle de nos sociétés modernes, sédentaires et industrielles. Et même parmi nous, avec la division si accusée du travail qui préside à notre organisation sociale, les professions n'établissent-elles pas, entre les divers individus, des différences qui nous paraîtraient inouïes, si elles ne nous étaient rendues familières par une observation de tous les instants ? L'homme d'étude et de pensée vit, se nourrit, agit, souffre autrement que l'homme de peine et de travail manuel ; l'hygiène du lettré n'est pas celle du paysan, qui n'est pas celle du matelot ni du soldat.

De là l'étrange complexité, de là aussi la difficulté de la plupart des grands problèmes que soulève notre science, et dont la solution dépend d'une multitude de données qui varient presque à l'infini.

Un coup d'œil jeté sur son évolution à travers les siècles nous montrera mieux encore les faces complexes sous lesquelles apparaît cette science, qui suit, étape par étape, dans toutes ses fluctuations, la marche et l'évolution même de l'humanité.

Au berceau même des sociétés, l'hygiène s'affirme, et il est aisé de lui reconnaître une première période, où elle s'inspire d'idées et de tendances sacerdotales chez certains peuples, civiles et législatives chez d'autres ; c'est le règne des prêtres et des législateurs. Moïse d'une part, Lycurgue de l'autre, personnifient avec le plus de puissance cette première phase.

salicylique, puis de 10 grammes de salicylate de soude; ils n'ont jamais pu constater la moindre modification ni de la température ni du pouls.

Gedl (de Cracovie), administrant 3 à 5 grammes d'acide salicylique à 8 sujets non fébricitants, n'a rien vu d'appréciable dans 4 cas; 4 fois il y eut des abaissements de température qui n'ont jamais dépassé 0°,8, et 3 fois les oscillations quotidiennes de la température furent simplement moins prononcées.

Riegel (de Cologne), en expérimentant sur des individus sains, avec des doses de 4 à 5 grammes d'acide salicylique pur, n'a pas constaté d'abaissement notable de la chaleur. Il y a plus; Lürmann, après avoir prescrit de l'acide salicylique à un malade atteint de rhumatisme noueux, a vu survenir un violent accès de fièvre; le pouls s'est élevé à 160, et la température à 41. Trois fois il recommença l'expérience, et trois fois les mêmes résultats se reproduisirent. J'ai constaté le même fait chez une jeune choréique à laquelle j'avais prescrit le salicylate de soude; elle fut prise d'un accès de fièvre, dont nous n'avons pu rapporter la cause qu'à l'ingestion du médicament prescrit.

Ainsi, dans l'état sain ou apyrétique, la température reste normale; jamais elle ne s'abaisse d'une manière durable et marquée; dans quelques cas exceptionnels, elle a même pu s'élever jusqu'au point de constituer un véritable accès de fièvre.

En est-il de même chez les fébricitants? C'est une question à discuter à l'occasion des propriétés antipyrétiques, qu'on a attribuées à l'acide salicylique dans le traitement des fièvres typhiques et rhumatismales.

Interprétation des troubles sensoriels et cérébraux. — Si on admet l'intégrité complète des fonctions du cœur, la régularité du pouls et le maintien intégral de la pression vasculaire, s'ensuit-il qu'il ne puisse se manifester des troubles dans les circulations locales? Claude Bernard a insisté dans maintes circonstances sur l'indépendance de la circulation dans certains organes; il est des médicaments qui agissent sur les nerfs vaso-moteurs ou sur les vaisseaux d'un département circonscrit d'une région déterminée; les artérioles de la face et de l'encéphale, par leur texture éminemment contractile, se prêtent merveilleusement à une activité plus marquée que partout ailleurs. S'il en est ainsi, on est en droit de se demander s'il ne peut pas se produire des congestions ou, au contraire, des anémies céphaliques?

Dans le cas présent, les bruissements intra-crâniens perçus par le malade, les bourdonnements d'oreilles, la diminution de la faculté auditive, ne sont-ils pas dus à une perturbation de la circulation? Lorsqu'on prend à la fois, ou à doses très-

---

Là, comme à l'origine de toute discipline, les préceptes sont nets, francs, comme le but poursuivi. Quoi de plus ferme, de plus technique, de plus conforme aux temps et au climat que les règles hygiéniques et diététiques formulées par Moïse, règles empruntées du reste, en partie, à la vieille civilisation égyptienne? Les mêmes réflexions s'appliquent aux lois antiques de Sparte et de Rome.

En Orient, en Égypte, dans la Judée, c'est l'idée religieuse, sacerdotale; dans le monde hellénique et latin, c'est l'idée politique, civile, celle de la cité et de la patrie, qui président surtout aux institutions. Mais, de part et d'autre, même simplicité, même sûreté, même appropriation des moyens hygiéniques, même entraînement, en un mot, des individus et de la nation entière en vue du but final à réaliser. L'idée juive, sémitique, est celle de l'unité et de la toute-puissance d'un seul Dieu, celle de l'excellence et de la prédestination d'une seule race. De là le puissant isolement de ce peuple dans sa sévère conception monothéiste; de là une organisation surtout défensive, peu de tendance aux entreprises de conquêtes ou au prosélytisme religieux. De là aussi une hygiène spéciale et rigoureuse, plus apte à développer la résistance et le maintien obstiné de la race et du dogme, que son expansion et sa diffusion.

Il en était autrement de l'idée spartiate et romaine, politique et patriotique avant tout, et qui devait nécessairement aboutir à une organisation et à une hygiène essentiellement militaires.

Une seconde période apparaît au moment où les sociétés, parvenues à un développement plus complet, éprouvent de nouveaux sentiments. Nous en trouvons le type dans cette admirable civilisation athénienne, si harmonieuse, si pure, si humaine. Au merveilleux épanouissement artistique et philosophique de cette époque correspond une hygiène spéciale, fine et exquise comme elle. Ce n'est plus le majestueux isolement de la vieille Egypte, ni l'ardente

rapprochées, 8 à 10 grammes de salicylate, il se produit une animation de la face, parfois des douleurs et des bouffées de chaleur à la tête, avec une sorte d'ébriété; mais cela n'a lieu que passagèrement, et par des doses successives.

Au contraire, les doses graduelles ne déterminent pas la moindre coloration ni décoloration du visage, pas de vertige, en un mot aucun trouble dans la circulation. Donc il n'est pas prouvé que les perturbations de l'ouïe se rattachent ni à une anémie ni à une hypérémie cérébrales.

Il faudrait donc admettre un simple trouble dans le fonctionnement des nerfs auditifs, c'est-à-dire une hyperesthésie d'abord, puis une diminution de l'impression auditive.

5º *Élimination de l'acide salicylique et des salicylates par les urines.* — L'élimination des salicylates et de l'acide salicylique se fait très-rapidement chez l'homme sain comme dans l'état pathologique; il ne s'écoule pas dix minutes après l'ingestion de ces substances sans qu'on les retrouve dans les urines.

On constate facilement l'acide salicylique par une solution de perchlorure de fer; l'urine prend une coloration violette caractéristique.

L'acide s'y trouve en grande partie à l'état libre. Pour le démontrer, Fleischer a distillé l'urine en présence d'un acide; il en a retiré aussi par agitation avec l'éther, mais cette expérience n'est pas concluante, car un excès de phosphate dans l'urine essayée suffit pour permettre de recueillir l'acide salicylique à l'état de liberté.

Une autre partie de l'acide est combinée avec la potasse; or, l'acide salicylique et le salicylate de potasse sont tous deux solubles par l'éther.

Une troisième partie, enfin, est à l'état de combinaison insoluble dans l'éther.

J'ajoute, et c'est là le point important, qu'il y a une transformation partielle de l'acide salicylique en acide salicylurique.

De même que l'acide benzoïque se transforme dans l'économie en acide hippurique, de même l'acide salicylique ingéré fixe quelque part dans l'organisme les éléments du glycocolle, et se convertit en un acide copulé, analogue à l'acide hippurique que Bertagnini a nommé acide salicylurique.

Pour le préparer, on recueille l'urine, on la concentre par évaporation, on sépare l'eau mère des sels, on acidule par l'acide chlorhydrique et on agite avec l'éther. La solution éthérée abandonne par évaporation une liqueur aqueuse fortement acide et cristallisable, qu'on chauffe à 140º dans un courant d'air; il se volatilise de l'acide salicylique, et le résidu est constitué par l'acide salicylurique.

---

concentration sémitique; de nouveaux besoins, des aspirations nouvelles, se révèlent : poëtes, politiques, mathématiciens, artistes, philosophes, tous obéissent à une impulsion supérieure, la recherche du beau, de l'*idéal*, fruit magnifique de cette terre privilégiée de l'Attique. Si jamais notre espèce s'est résumée dans toute la splendeur de ses aptitudes et de ses qualités, c'est assurément chez ce peuple et à cette époque où la statuaire, dans ses chefs-d'œuvre, a définitivement fixé le type de la perfection humaine : la grâce dans la force intelligente. Ce résultat ne pouvait être obtenu que par un entraînement, par une hygiène appropriée, où tout était pondéré, équilibré; où les luttes du gymnase alternaient avec les discussions du portique et les harangues de la tribune; où l'homme exerçait son intelligence en même temps que ses muscles, en vue d'un développement complet et harmonieux. Merveilleuse république que cette cité d'Athènes, où chaque citoyen s'efforçait de mériter l'éloge suprême que, deux mille ans plus tard, Voltaire faisait d'un de ses compatriotes : l'âme d'un sage dans le corps d'un athlète.

Vint ensuite le christianisme dont l'avénement devait consacrer le triomphe définitif de l'idée spiritualiste. Mais de ce grand événement, si décisif pour la civilisation, date, pour l'hygiène proprement dite, une vraie période de décadence, qui s'accentue et se prolonge pendant tout le moyen âge. C'est le règne de l'ascétisme et du mysticisme; partout on enseigne et l'on sanctifie le mépris du corps, le dédain de la vie actuelle, les joies mystérieuses de la vie future. La beauté physique, l'harmonie des formes, la plénitude et le libre jeu de la vie, qu'est-ce que cela au prix de l'irrémissible éternité? Il y a mérite, il y a gloire à amoindrir la chair, à la macérer par le jeûne et par les souffrances, à lui imposer silence et à l'anéantir. Curieuse phase de l'esprit humain, alors tout entier à ces grands et terrifiants problèmes de la mort, de l'éternité; mais, à coup sûr, époque désastreuse au point de vue spécial qui nous occupe.

Picard s'est servi récemment du benzol et de l'éther pour séparer les deux produits, l'acide salicylique étant beaucoup plus soluble dans l'éther que dans l'acide salicylurique.

Ce dernier acide, dont la formule est $C^{18}H^{9}AzO^{8}$, est très-soluble dans l'eau bouillante, peu soluble dans l'éther; la solution aqueuse colore les sels ferriques en violet, comme l'acide salicylique.

L'élimination totale de l'acide salicylique est terminée souvent au bout de vingt-quatre heures, plus souvent après quarante-huit heures; toutefois, chez un typhique qui avait cessé d'en prendre depuis six jours, j'ai retrouvé des traces.

Si j'insiste sur cette rapidité de l'élimination, c'est pour qu'on ne prescrive pas le médicament à doses successives, en une ou deux fois, comme le recommandent quelques médecins étrangers; il faut le prescrire, et c'est aussi là le moyen le plus sûr d'éviter l'action toxique, à doses fractionnées, afin de maintenir constamment le malade sous l'influence de l'action médicatrice; le mieux est de répartir la dose de 8 à 10 grammes, d'une manière à peu près égale entre les vingt-quatre heures; ainsi, 2 grammes toutes les cinq ou six heures.

L'acide salicylique, en s'éliminant et en subissant lui-même de nombreuses modifications, agit également sur les reins, sur la sécrétion urinaire, et sur la constitution même des urines.

Dans un certain nombre de cas, il augmente la quantité des urines et paraît agir comme diurétique; mais cette action est loin d'être constante et ne saurait être prise en considération, ni pour expliquer l'action antipyrétique, d'ailleurs très-douteuse, ni pour faire comprendre des troubles du cœur, qui ont été indiqués par quelques observateurs.

J'ai noté un certain nombre de fois une fausse diurèse; ce sont des envies fréquentes d'uriner, c'est du ténesme, mais sans augmentation réelle de la quantité des urines.

La composition des urines est, au contraire, presque constamment modifiée; il y a une augmentation de la proportion d'indican; parfois, aussi, mon chef des travaux chimiques a constaté la présence d'une substance brune, foncée, tannique, qui a été décrite récemment sous le nom de pyrocatéchine, qu'on trouve à l'état normal dans certains végétaux.

L'acide urique éliminé est augmenté chez les individus atteints de gravelle, ou plutôt la gravelle s'élimine alors avec plus de facilité.

Aussi, quel cri de soulagement et de délivrance pour le corps aussi bien que pour l'esprit humain, quel réveil et quelle protestation triomphante, quant apparaît la Renaissance! Dénomination heureuse et charmante, qui exprime bien toute la jeunesse et toutes les espérances de ce renouvellement de l'humanité au berceau de la vie moderne. Ç'a été le fond de cette grande révolution de la Renaissance, de réagir contre le stérile mysticisme du moyen âge, de restituer à la vie réelle et aux choses terrestres leur importance et leur dignité. A l'idéal monastique et à la glorification du célibat, Luther substitue les grandeurs et les devoirs de la famille; dans les arts, dans la littérature, aussi bien qu'en religion, la même pensée se fait jour; c'est la même réhabilitation des aspirations et des besoins réels de l'humanité, si longtemps comprimés et faussés par la sombre discipline théocratique des siècles précédents. La satire achève l'entreprise des penseurs et des réformateurs; l'œuvre de Luther et de Calvin se complète par celle d'Érasme, de Cervantes et de Rabelais. Quand le grand conteur espagnol oppose la maigre, ridicule et triste figure du chevalier de la Manche au gros bon sens bien nourri de Sancho, c'est le coup de grâce qu'il donne aux rêveries et à l'idéal suranné du moyen âge. Et Rabelais, dans son plan de l'abbaye de Thélème, dans son récit de l'éducation de Pantagruel, trace tout un programme de pédagogie et d'entraînement, où les plus hautes questions d'hygiène sont abordées et résolues avec une singulière clairvoyance.

Au XVIIIe siècle correspond un progrès nouveau et décisif. La philosophie, quittant les hauteurs abstraites et sereines où se tenaient Pascal, Newton, Leibnitz, devient plus inquiète et plus militante; elle s'enquiert de tout, s'intéresse et s'attaque à tout ce qui touche à l'homme. L'Encyclopédie, qui résume ce prodigieux mouvement, consacre à la fois et la nécessité de la division du travail, imposée par l'extension des connaissances humaines, et l'utilité à les réunir en faisceau en vue de l'amélioration et de la rénovation sociale. L'hygiène devait avoir sa

Chez les goutteux, l'élimination de l'acide urique est augmentée aussi parfois d'une manière assez notable; c'est principalement dans les accès aigus qui viennent se greffer sur la goutte chronique; j'ai vu chez un malade la quantité d'acide urique éliminé, qui, à l'état normal, est de 0 gr. 80 par litre, s'élever jusqu'à 3 grammes pendant trois jours de suite, sans qu'il y ait eu de changement dans le régime.

L'urée ne subit pas de modification appréciable, ni dans l'état normal, ni dans les conditions pathologiques.

Lorsque les reins sont lésés, il y a un véritable danger d'administrer ce médicament; il importe même de s'assurer au préalable de l'intégrité de ces organes; j'ai vu, en effet, chez un rhumatisant atteint de néphrite interstitielle, se manifester une hématurie très-marquée; le même fait a été constaté dans un cas de néphrite parenchymateuse. Léonard-Astler l'a même noté dans l'état physiologique, à la suite de l'ingestion d'une dose considérable d'acide salicylique.

Balz a parlé aussi d'albuminurie et de néphrite; mais il ajoute que cette irritation ne s'est plus montrée depuis qu'il a substitué le salicylate à l'acide salicylique.

Élimination de l'acide salicylique par les autres organes et liquides de sécrétion. — On retrouve, d'après Buss, l'acide salicylique dans les sueurs; ce fait n'a pas été vérifié.

Ce qui est certain, c'est que l'acide salicylique détermine fréquemment des sueurs; on peut observer cette diaphorèse dans l'état apyrétique aussi bien que dans la fièvre; chez les rhumatisants, la tendance naturelle à la sueur ne m'a pas paru augmentée.

La principale voie d'élimination de l'acide salicylique reste toujours l'appareil urinaire; cependant, dans les autres liquides d'excrétion ou de sécrétion, on l'a également constatée; ainsi, Buss l'a retrouvée dans la salive et les crachats, Oulmont dans la sérosité d'un vésicatoire.

6° *État de l'acide salicylique dans le sang.* — D'après Feser et Friedberger, l'acide salicylique serait combiné dans le sang avec les matières albumineuses; en effet, en ajoutant de l'acide salicylique à l'albumine de l'œuf ou du sérum, ou au sang lui-même, ils ont constaté qu'en agitant ces divers liquides avec de l'éther, il est impossible d'en extraire l'acide salicylique; d'où ils concluent que l'obstacle à cette extraction doit résider dans la combinaison qui s'est formée entre l'acide et les matières albumineuses.

---

part dans cette grande œuvre de revendication, et les plus grands parmi les philosophes puisent largement à cette source : Voltaire mettait autant de passion à répandre parmi nous l'inoculation qu'à proclamer la liberté de conscience; il demandait aussi bien l'assainissement de Paris que la réforme judiciaire. Et son émule de gloire et d'influence, J. J. Rousseau, c'est au nom de l'hygiène surtout qu'il élève ses protestations éloquentes; le chimérique retour à l'état de nature, qui fait le fond de son prestigieux système, c'est avec des arguments empruntés à l'hygiène et à la physiologie qu'il se plaît surtout à l'étayer.

Nous voici, par cette rapide esquisse, amené à l'époque contemporaine. Il nous faudrait maintenant, comme trait final, indiquer le rôle et la mission que revendique l'hygiène dans nos sociétés actuelles.

Nous ignorons le jugement que l'histoire prononcera sur notre siècle, mais dès à présent il est permis d'en proclamer la grandeur et de signaler l'étendue des progrès accomplis. Il est devenu banal de parler des merveilleuses applications de l'électricité et de la vapeur, mais il est constant qu'elles ont multiplié la puissance de l'homme dans des proportions inouïes. Mieux armés dans la lutte contre la nature, plus forts, plus intelligents, plus instruits, nous sommes aussi plus nombreux, plus heureux, et nous vivons plus longtemps que nos devanciers. Le travail des machines, se substituant au travail musculaire, affranchit chaque jour une plus grande portion des humains du dur labeur manuel et lui crée des loisirs dont l'intelligence ainsi que l'hygiène font leur profit.

Déjà notre monde occidental est presque assuré contre la famine, naguère encore notre grande ennemie; et le temps, sans doute, n'est pas éloigné où ce fléau cessera aussi de peser sur l'Orient.

Au milieu de cet avancement général, les sciences médicales ne sont pas restées en retard,

Une opinion, qui me semble plus rationnelle, est celle qui a été émise par Binz. Selon lui, l'acide salicylique existe dans le sang et non à l'état de salicylate de soude; celui-ci, en effet, est sans cesse soumis à l'action de l'acide carbonique, qui dégage l'acide salicylique.

Fleischer a vérifié l'exactitude de cette expérience; pour que l'acide salicylique pût être extrait du sang par l'agitation simple avec l'éther, il faudrait que le salicylate de soude fût soluble dans l'éther; or, il n'en est rien; l'acide salicylique n'est entraîné que si le salicylate alcalin est préalablement décomposé par un courant d'acide carbonique, ou par l'addition d'un autre acide.

Friedberger et Zimmerman pensent que la combinaison de l'acide avec les sels de soude du sang animal ont pour effet d'affaiblir l'action de l'acide. Mais Kohler observe les mêmes effets par l'acide ou par le sel injecté dans les veines d'un lapin; si on introduit dans l'estomac le salicylate, il est bien moins énergique que l'acide pur. Le sel serait *surtout* un antipyrétique; l'acide un antiseptique; en réalité, les deux substances ne diffèrent qu'à ce dernier point de vue, l'acide seul est doué de propriétés antifermentatives *externes*.

Voilà, en résumé, les actions physiologiques des préparations salicyliques.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Jules Rochard comme membre titulaire de l'Académie, en remplacement de M. Giraldès, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Rochard prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport de M. le médecin inspecteur des eaux de Plombières pour la saison de 1875.

2° Un rapport de M. le docteur Doin, médecin-major de 1re classe à l'hôpital thermal de Bourbonne pour l'année 1874. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

---

et tout naturellement leurs perfectionnements ont dû retentir sur l'hygiène proprement dite. Mieux renseignés sur la nature et les causes des maladies, nous savons aussi mieux les prévenir. La connaissance plus précise des conditions qui président aux affections virulentes et miasmatiques permet aussi de formuler avec plus de vigueur leur prophylaxie. C'est ainsi qu'en gagnant plus de compétence, la voix de l'hygiéniste a su du même coup acquérir plus d'autorité; il est permis d'espérer que bientôt elle sera prépondérante dans la société, et qu'au lieu de formuler des vœux elle pourra dicter des lois.

Enfin, c'est à notre époque que, pour la première fois, et grâce à l'initiative de notre pays, les gouvernements européens se sont coalisés contre les grandes épidémies. Des conférences se sont réunies à Paris, à Constantinople et à Vienne; et si les résultats obtenus ne sont pas encore décisifs, les bases d'une hygiène nouvelle, l'hygiène internationale, n'en demeurent pas moins définitivement établies. A. Proust.

École de médecine de Marseille. — M. Bouisson, docteur en médecine, suppléant des chaires d'histoire naturelle à l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille, est nommé professeur titulaire de botanique et zoologie à ladite École, en remplacement de M. Beynès, décédé.

M. Villard, suppléant des chaires de médecine à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur d'anatomie pathologique à ladite École.

École de médecine de Rouen. — M. Tinel, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur d'anatomie à ladite École (emploi nouveau).

1° Un mémoire de M. J. Favé, officier de santé, intitulé : *Le rasorisme, épisode d'histoire médicale.*

2° Une lettre de M. le docteur Henri Pelillo, de Naples (Italie), accompagnant l'envoi d'un mémoire sur l'usage du lactate ferrugineux calcaire comme reconstituant.

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Vibert, chirurgien en chef de l'hôpital du Puy (Haute-Loire). — (Accepté.)

4° Un travail manuscrit intitulé : *Étude sur la rage*, par le docteur Carles, de Neuilly (Seine).

—

M. Broca offre en hommage, au nom de M. le docteur Magitot, un volume grand in-4°, intitulé : *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*, avec un atlas de 20 planches. (Ouvrage couronné par l'Institut de France.)

M. Bouchardat présente, de la part de M. le docteur L. Gautier, un exemplaire de la deuxième édition française du *Traité de l'urine et des sédiments urinaires*, par C. Neubauer et J. Vogel.

M. Delpech présente, au nom de M. le docteur Gallard, un volume intitulé : *Clinique médicale de la Pitié.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Lévy, une brochure intitulée : *Étude historique et critique sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache, et des divers procédés employés pour faire pénétrer de l'air comprimé dans l'oreille moyenne.*

M. Hervieux présente, au nom de M. Durieux, médecin à Ribérac, un travail manuscrit intitulé : *Commotion cérébrale. — Aphasie. — Mémoire.*

M. Rufz de Lavison présente un porte-caustique très-portatif destiné à faciliter la cautérisation des blessures d'animaux venimeux, des morsures de chiens enragés, etc.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la communication de M. G. Sée sur l'acide salicylique et les salicylates. (Ce mémoire est publié *in extenso* dans le corps du journal.)

M. Hillairet demande à M. Sée si le salicylate de soude, employé dans le rhumatisme articulaire aigu, prévient les récidives.

M. Sée répond qu'il y a des récidives avec l'emploi du salicylate de soude, et que ces récidives sont peut-être plus inévitables qu'avec les autres moyens thérapeutiques; mais on est assuré contre elles quand on a la précaution de continuer l'usage du médicament, à doses modérées, pendant quinze jours ou trois semaines après la disparition des premiers accidents. En donnant, par exemple, le salicylate de soude à la dose de 5 grammes par jour, après la guérison de la première attaque, on est à peu près sûr que les récidives ne se produiront pas.

M. Empis croit devoir faire connaître à l'Académie un fait dont il vient d'être témoin. Il a donné l'acide salicylique à un malade qui se trouvait au cinquième ou sixième jour d'un rhumatisme articulaire aigu très-douloureux. Le médicament a été administré le premier jour à la dose de 7 grammes dans les 24 heures; le second jour, à la dose de 5 grammes; le troisième jour, à la dose de 3 grammes. Dès le cinquième paquet d'acide salicylique, les douleurs disparurent comme par enchantement; mais le troisième jour de l'administration du médicament, alors que la dose était réduite à 3 grammes, le malade éprouva tout à coup une violente douleur à la région épigastrique et mourut subitement, sans que l'on ait pu savoir la cause de cet accident funeste. L'autopsie n'a pu être pratiquée. M. Empis se demande si le médicament, en faisant disparaître si rapidement les manifestations articulaires, n'a pas pu déterminer l'accident funeste.

M. Sée dit qu'il a été publié quelques cas de mort en Allemagne et en Russie à la suite de l'emploi de l'acide salicylique à des doses beaucoup trop élevées (18 et 12 grammes par jour). Pour lui, il ne l'a jamais employé qu'à des doses modérées (5 à 6 grammes par jour). Quant au salicylate de soude, il ne l'a jamais donné qu'à la dose de 8 à 10 grammes par jour, ce qui correspond à 5 à 6 grammes d'acide salicylique. A ces doses, il n'a jamais observé le moindre accident. Dans les cas de rhumatisme subaigu ou chronique, il commence par des doses encore plus faibles (3 à 4 grammes par jour) et n'augmente que graduellement la proportion du médicament.

M. Ricord ne veut pas contredire les assertions de M. Sée ni mettre en doute la réalité des observations contenues dans le mémoire qu'il vient de communiquer à l'Académie. Mais il croit devoir rectifier les détails de l'un de ces faits, celui qui est relatif à un officier supérieur qui, en proie à une attaque grave de goutte, aurait dû sa guérison rapide à l'emploi du sali-

cylate de soude. M. Ricord a vu le malade en consultation, et il affirme qu'au moment où il l'a vu pour la dernière fois, les articulations avaient repris leurs mouvements; le malade se levait et marchait dans sa chambre ; il voulait même assister à un conseil des ministres, ce à quoi M. Ricord dut s'opposer énergiquement. Lors donc que le malade a été mis à l'usage du salicylate de soude, il était déjà entré en pleine convalescence de son attaque de goutte. Si M. Sée n'avait pas de fait plus probant à présenter en faveur de l'action thérapeutique du salicylate de soude contre la goutte, il n'entraînerait pas, à coup sûr, la conviction de M. Ricord.

M. Chauffard ne croit pas qu'il faille mettre le cas malheureux de M. Empis sur le compte de l'acide salicylique. En effet, l'accident n'est survenu que lorsque le médicament était réduit à la dose modérée de 3 grammes. Il est, d'ailleurs, d'observation générale que, dans le rhumatisme articulaire aigu, toutes les fois que se préparent des accidents terribles, on voit les manifestations articulaires cesser brusquement douze, vingt-quatre, trente-six heures avant l'explosion des complications graves qui doivent entraîner la mort. M. Chauffard demande que la discussion de la communication de M. Sée soit remise à huitaine, car il a un contingent de faits à présenter.

M. Legouest a suivi le malade dont a parlé M. Ricord. Il pense que les souvenirs de son collègue l'ont mal servi. Du moins il est probable qu'après la dernière visite de M. Ricord le malade a dû éprouver une recrudescence des accidents douloureux de goutte auxquels il était en proie. M. Legouest affirme que la première fois que le salicylate de soude a été administré à ce malade, il y avait un engorgement considérable du genou et une recrudescence des douleurs articulaires qui durait depuis quarante-huit heures, et qui empêchait le malade de bouger de son lit. M. Legouest a été stupéfait du changement rapide qui s'est opéré dans l'état du malade après l'administration du salicylate de soude. Les douleurs ont disparu comme par enchantement et l'engorgement articulaire a cédé rapidement.

M. Bouillaud, malgré toute l'estime qu'il professe pour le talent de M. Sée, se refuse absolument à croire que le rhumatisme articulaire aigu puisse guérir en trois jours par un moyen quelconque. L'auteur d'une aussi merveilleuse découverte mériterait non une statue, mais une épopée. Il ferait des miracles qui pourraient aller de pair avec ceux de l'Évangile. Il existe si peu de rapports entre la nature du médicament et la merveilleuse puissance d'action qu'on lui attribue, qu'il est permis de douter jusqu'à preuve du contraire. Lorsque M. Sée aura montré à M. Bouillaud dix cas de rhumatisme articulaire aigu, dix cas de véritable fièvre rhumatismale, guéris en trois jours par le médicament dont il s'agit, il n'hésitera pas à venir proclamer publiquement cette merveille à la tribune de l'Académie. Jusqu'à ce jour, M. Bouillaud conserve des doutes. Il s'étonne, d'ailleurs, de l'importance que M. Sée attache à l'élément douleur dans le rhumatisme articulaire aigu. De tous les éléments de la maladie, c'est celui qui a la moindre signification. M. Bouillaud a vu les rhumatismes suraigus les plus graves ne pas déterminer de douleur. L'endocardite et la péricardite rhumatismales ne s'accompagnent généralement pas non plus de douleur marquée. On a souvent confondu avec le rhumatisme articulaire aigu de simples névralgies rhumatismales qui peuvent cesser brusquement après l'emploi de diverses médications, et aussi, spontanément, en l'absence de toute médication.

Quant à la guérison du rhumatisme articulaire aigu véritable, de la vraie fièvre rhumatismale, dans le court intervalle de trois jours, M. Bouillaud n'y croira que lorsqu'on lui aura fait toucher du doigt les malades objets de cette action miraculeuse. Si M. Sée lui en montre seulement dix, M. Bouillaud n'hésitera pas à renoncer à considérer les émissions sanguines et les antiphlogistiques comme la seule méthode véritablement curative des maladies inflammatoires proprement dites.

(L'heure étant trop avancée, M. Sée se voit contraint de renvoyer à la prochaine séance sa réponse à l'argumentation de M. Bouillaud.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Lavement antidiarrhéique. — Bouchut.

Borate de soude.	10, 15 et 20 gr.
Eau.	125 grammes.

Faites dissoudre. — Ce lavement est conseillé contre les diarrhées idiopathiques, nerveuses ou catarrhales, qu'on observe chez les enfants, et qui peuvent entraîner la mort sans laisser

après elles aucune trace matérielle appréciable. L'auteur a été guidé dans le choix du borate de soude par les succès que donne ce sel dans le traitement des maladies de la muqueuse buccale. Il pense qu'il agit à la fois comme astringent faible, et comme alcalin, capable de neutraliser l'acescence des liquides du gros intestin. En tout cas, le borate de soude a l'avantage de ne point être irritant comme le nitrate d'argent. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 5 Juillet 1843.

Jacques-Louis Nauche meurt, à Paris, âgé de 77 ans, étant né au Vigeois (Limousin) le 18 mai 1766. Médecin de l'Institution des jeunes aveugles, on lui doit la fondation de la Société galvanique, du journal de vaccine, de celui du galvanisme. — A. Ch.

COURRIER

École de pharmacie de Paris. — M. Beauregard, préparateur des travaux pratiques de botanique, est nommé, en outre, préparateur d'histoire naturelle à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Galippe, démissionnaire.

M. Hariot est nommé préparateur des travaux pratiques de botanique, en remplacement de M. Galippe, démissionnaire.

Il est créé près l'École supérieure de pharmacie de Paris un cours complémentaire d'hydrologie et minéralogie.

M. Bouchardat, docteur ès sciences, agrégé de pharmacie, agrégé de médecine, est chargé dudit cours d'hydrologie.

École de pharmacie de Nancy. — M. Hallier, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences physiques, chef de travaux pratiques de l'École normale supérieure de pharmacie de Nancy, est chargé provisoirement des fonctions d'agrégé à ladite École.

École de médecine de Caen. — M. Moutier, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour une période de neuf années.

École des hautes études. — M. Brochi, docteur ès sciences naturelles, docteur en médecine, est nommé répétiteur à l'École pratique des hautes études (section des sciences naturelles) et attaché, en cette qualité, au laboratoire de zoologie anatomique en remplacement de M. J. Chatin, démissionnaire.

Corps des officiers de santé de l'armée de terre. — Par décret en date du 7 juin 1877, ont été promus dans le Corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Cogit (Frédéric-Alexandre), médecin-major de 2e classe au 9e régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Lespiau, mis en non activité; — (choix.) M. Jean (Eugène-Mathieu), médecin-major de 2e classe au 11e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Peret, retraité; — (ancienneté.) M. Rebstock (Michel-Émile), médecin-major de 2e classe au 16e régiment de dragons, en remplacement de M. Ridreau, retraité; — (choix.) M. Massoutié (François-Marie-Arthur), médecin-major de 2e classe au 8e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Thévenon, retraité; — (ancienneté.) M. Pasquet (Jean), médecin-major de 2e classe au 6e régiment d'infanterie, en remplacement de M. de Aldrovandi, retraité; — (choix.) M. Dieu (Alphonse), médecin-major de 2e classe au 22e régiment de dragons, en remplacement de M. Duval, décédé; — (ancienneté.) M. Poiret (Alfred), médecin-major de 2e classe au 64e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Azaïs, promu; — (choix.) M. Lanoaille de Lachèze (Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe au 16e régiment de chasseurs à cheval, en remplacement de M. Servier, promu; — (ancienneté.) M. Delange (Louis-Joseph-Félix), médecin-major de 2e classe au 1er régiment d'infanterie, en remplacement de M. Rizet, promu; — (choix.) M. Pingaud (Étienne-Fortuné), médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaire, en remplacement de M. Cochu, promu.

Conseil d'hygiène. — M. Huzard, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité, vient, à raison de son grand âge (86 ans), de donner sa démission. Le Conseil l'a nommé, à l'unanimité, membre honoraire. C'est la première fois depuis 1802, époque de sa création, que le Conseil de salubrité confère la qualité de membre honoraire. M. Huzard faisait partie du Conseil depuis cinquante ans.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDES SUR L'ACIDE SALICYLIQUE ET LES SALICYLATES; TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU ET CHRONIQUE DE LA GOUTTE ET DES DIVERSES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX SENSITIF PAR LES SALICYLATES (1);

Communication faite à l'Académie de médecine, dans les séances des 26 juin et 3 juillet 1877,

Par M. le professeur Germain SÉE.

Clinique.

I. — APPLICATION AU TRAITEMENT DES MALADIES SEPTIQUES.

Les recherches de Kolbe et de Thiersh ont prouvé que l'acide salicylique appliqué extérieurement pouvait être considéré comme un antiseptique, bien que, sous ce rapport, il ne présente pas d'avantage sur l'acide phénique, sauf l'absence d'odeur, ni sur l'acide thymnique, ni même sur l'acide benzoïque (Salkowski). En est-il de même s'il s'agit de traiter les maladies septiques, infectieuses, miasmatiques, virulentes, ou celles qui sont dues à des ferments, à des bactéries, etc.? De nombreuses tentatives ont été faites à cet égard.

Septicémie. — Zurblinger a fait de la septicémie artificielle, en injectant sous la peau des chiens et des lapins du pus sain ou dilué dans une solution de chlorure de sodium; la fièvre septique étant développée, il fit prendre aux animaux l'acide salicylique et n'obtint aucun effet; il est vrai que les doses d'acide étaient beaucoup trop faibles.

L'infection purulente produite artificiellement par Ferer et Friedberger, et traitée par des doses plus élevées d'acide salicylique, ne subit aucune modification.

Dans ces graves maladies, qui se développent si fréquemment à la suite du traumatisme ou des opérations chirurgicales, ou de l'état puerpéral, les préparations salicyliques n'ont aucune espèce d'effet en tant que moyen interne, mais ont-elles quelque avantage sur l'acide phénique dans le pansement de Lister ou dans le traitement des plaies en général, ou des affections puerpérales? C'est une question que je ne puis juger. Je reviens aux maladies zymotiques.

Diphthérie. — La diphthérie est une maladie éminemment contagieuse dont le

(1) Suite. — Voir les numéros des 3 et 5 juillet.

FEUILLETON

CAUSERIES

Ah! vous parlez des exigences du public! Eh bien, inscrivez ceci sur vos petits papiers; c'est aussi vrai qu'un aphorisme hippocratique : Ces exigences sont d'autant plus grandes qu'on leur accorde davantage. Laissez-moi vous en citer un exemple. Il est vrai que ce n'est pas trop médical, ce que je vais vous dire; mais, sapristi! on ne peut pas toujours et éternellement parler médecine, ni des affaires de la profession. Je vois que quelques-uns de mes confrères en journalisme, — et je le remarque sans esprit de critique, — s'échappent volontiers par la tangente. J'en connais qui parlent assez souvent de théâtre et des pièces nouvelles; un autre ne dédaigne pas de donner à ses lecteurs une chronique mondaine, et d'autres ne font grâce à leurs abonnés ni d'un bal ni d'un concert au Casino d'un établissement thermal, ni d'un steeple-chase sur quelque plage renommée. D'ailleurs, suis-je sans péché à cet endroit? et n'ai-je pas moi-même donné d'assez fréquents exemples de ces excursions fantaisistes n'ayant aucune afférence avec notre monde médical? Si fait, et mes lecteurs me les ont excusées, comme ils vont excuser ce qui me prend fantaisie de leur dire aujourd'hui.

Il s'agit donc des exigences du public et de son appétit croissant à mesure qu'on le satisfait. Il y a quarante et des années, — et ce n'est pas le plus beau de mon affaire, — que j'ai planté ma tente d'été dans le village que j'habite, village que les Bavarois ont occupé pendant six mois, où ils ont fait râfle de tout ce qu'ils ont pu emporter, et qu'ils n'ont quitté qu'avec chagrin.

poison est encore inconnu, mais dans laquelle on a fait jouer un rôle considérable à l'action de certains parasites qu'on a constatés sur les muqueuses pharyngo-laryngées ; à ce titre, elle devait tenter les partisans de l'acide salicylique, et c'est, en effet, dans cette funeste maladie que les expériences ont été faites avec le plus de confiance.

Wagner dit avoir traité 15 cas de diphthérie avec succès par l'acide salicylique à 0,10 centigrammes toutes les deux heures à l'intérieur et en gargarismes. Il est bien certain qu'il y a là une série d'erreurs de diagnostic; les angines pultacées simples figurent là sous la dénomination d'angines diphthéritiques. En effet, dès que la respiration devient croupale, dès que la lésion envahit le larynx, il n'y a plus rien à espérer; donc ce n'est pas un moyen d'action sur la diphthérie.

Steinitz a administré l'acide salicylique à 34 enfants atteints de scarlatine avec angine diphthéroïde; il n'y a rien là d'étonnant, les angines scarlatineuses du début guérissant presque toujours spontanément.

Le même auteur affirme avoir guéri 9 cas de diphthérie vraie sur 11 cas de ce genre.

Schultze n'a eu à déplorer que 2 morts sur 10 cas de diphthérie, traitée par l'application locale de l'acide salicylique en poudre. Ruch, Weber, Tenholt et Stuart, ont également enregistré des succès obtenus à l'aide de ce remède.

Mais la plupart de ces faits me semblent ne devoir être admis que sous bénéfice d'inventaire; les observations sont incomplètes et ne sauraient être contrôlées au point de vue du diagnostic.

Dans un cas de diphthérie vraie que j'ai eu à traiter à l'hôpital chez une jeune femme, les fausses membranes ont rapidement disparu et ne se sont pas reproduites; j'avais prescrit l'acide salicylique en gargarisme, en injections dans la gorge, le salicylate à prendre à l'intérieur; dans ce cas, l'action *locale* antiseptique du médicament m'a paru jouer un certain rôle dans la guérison; mais je suis loin d'être convaincu de l'utilité du salicylate comme moyen interne de traitement dans la diphthérie.

C'est là aussi l'opinion exprimée par M. Moizard dans sa thèse, au nom de mon ami et collègue, M. Bergeron qui, dans ses observations à l'hôpital Sainte-Eugénie, a constaté formellement l'utilité des applications locales, mais doute encore de l'effet de l'acide salicylique pris à l'intérieur dans le traitement de cette grave infection.

Châtillon, Bagneux et Fontenay-aux-Roses, trois villages continus et contigus, étaient alors habités par une société des plus distinguées. L'Université, la magistrature, l'Institut, le haut commerce de la librairie, avaient là des représentants nombreux et formaient des réunions charmantes. J'ai vu là des savants de l'ordre de Gay-Lussac et de Thénard; des littérateurs de la célébrité de Villemain, de Guignaut; des hommes de mérite dans tous les genres, peintres, sculpteurs, musiciens. Le salon de M[me] veuve Laya était le rendez-vous d'illustrations nombreuses et diverses. Jamais ce riant pays ne fut mieux habité. Je vois encore, dans mes lointains souvenirs, l'institution Cournant et son personnel professoral si distingué, institution qui a précédé la fondation de Sainte-Barbe-des-Champs; la maison si respectable de Martin Didier; la maison Picq, si hospitalière ; la maison Delamare, si joyeuse, et tant d'autres plus ou moins somptueuses demeures où s'abritait si bonne et si agréable compagnie.

Et cependant, pour arriver dans ces riants villages, les moyens de transport étaient alors d'une simplicité primitive. Une seule voiture (entreprise Griffon) partant deux fois par jour du passage Dauphine, voilà tout ce dont nous pouvions disposer à cette époque. Il est vrai qu'on se déplaçait beaucoup moins qu'aujourd'hui. On achetait ou on louait une ou partie d'une villa et l'on y passait la saison entière. Les eaux minérales n'étaient guère fréquentées que par de vrais malades, et les bains de mer n'avaient pas encore la vogue qu'ils ont acquise depuis. Bientôt, à la voiture de Griffon, l'entreprise des *Montrougiennes* vint faire concurrence et débuta par quatre départs par jour. L'appétit du public fut aussitôt excité, il demanda plus, et on lui accorda un départ toutes les heures. Le public devint plus exigeant encore et il fallut lui concéder une voiture toutes les demi-heures. Son impatience ne fit que s'accroître ; une concurrence fut suscitée aux *Montrougiennes*, et les voitures de Jannin multiplièrent les départs au point qu'il y en avait un tous les quarts d'heure.

Si cette médication employée comme moyen topique a le pouvoir d'arrêter le développement local de ces parasites qui constituent la lésion diphthéritique, ce sera déjà un service réel rendu à la médecine; mais les expériences sur ce point sont encore à vérifier.

Muguet. — Je fais les mêmes réserves relativement au muguet, malgré les assertions de Bertold qui affirme avoir guéri rapidement 8 malades, dont 3 étaient gravement atteints.

Voici maintenant de nouvelles indications du traitement interne appliqué aux affections zymotiques ou putrides, gangrène pulmonaire : le malade guérit ; dans une circonstance analogue, le même traitement échoua complétement, bien que la fétidité des crachats semblât disparaître.

Diabète. — Le diabète sucré, dont la cause pour certains médecins réside dans le développement d'un ferment spécial, paraissait devoir être justiciable de l'acide salicylique, et, en effet, dès 1875, il fut essayé, mais sans succès, par Ebstein et Müller. — Plus tard, le docteur Ebstein (de Gœttingue), a soigné par le salicylate de soude deux cas de diabète grave, l'un ancien et l'autre récent. Dans un cas, le sucre avait disparu de l'urine au bout de onze jours, et, dans l'autre cas, après vingt-trois jours de traitement le malade n'excrétait plus, dans les vingt-quatre heures, que 880 grammes d'urine dans laquelle la glucose ne se retrouvait plus que dans la proportion de 13 grammes pour 1,000. — Spillman et Kien ont également enregistré des améliorations notables, le premier dans un cas de diabète ancien, le second dans deux cas, l'un récent et l'autre chronique. — Mais, de son côté, Herrenschmidt a administré l'acide salycilique à deux diabétiques, à la dose de 3 grammes par jour pendant six semaines, et il n'en a pas obtenu plus d'effet que des autres remèdes vulgairement employés contre la glycosurie. D'où il est permis de conclure que le médicament qui nous occupe ne jouit pas d'une efficacité spéciale contre le diabète, et que le véritable remède de cette affection est encore à trouver.

II. — DE L'USAGE DES SALICYLATES COMME ANTIPYRÉTIQUE DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES SPÉCIFIQUES ET DES PHLEGMASIES.

Les propriétés antiseptiques de l'acide salicylique, vraies en tant que désinfectant externe, hypothétiques en tant que moyen antizymotique interne, durent naturellement conduire les expérimentateurs à étendre l'usage de cette médication aux

---

Vous vous permettez de croire peut-être que les exigences de ce public seraient enfin satisfaites ; grande erreur est la vôtre ! Ce public a demandé une ligne de tramways, et on la lui a accordée. Un tramway qui part toutes les dix minutes, emportant ou pouvant emporter chaque fois quarante-six voyageurs.

Cette fois, vous vous croyez bien sûr de votre affaire, et vous vous dites : « Enfin, enfin, on est parvenu à satisfaire ce public si exigeant ! »

Eh bien, mon ami lecteur, vous êtes encore et toujours en défaut.

— Mais que peut-il demander de plus, votre exigeant public? Qu'on lui fasse tout exprès un chemin de fer?

— Inscient que vous êtes! Il en a un chemin de fer; que dis-je? Il en a même deux. Il est vrai qu'il ne se sert ni de l'un ni de l'autre. Il est vrai que ces deux chemins de fer ont été pour lui deux mystifications. L'un, le chemin de Sceaux, dont la station de Fontenay se trouve à 1 kilomètre du village, — et sans omnibus, — l'autre, Versailles, rive gauche, dont la distance est encore bien plus éloignée pour les pauvres Châtillonnais.

Ce bon public dont je vous entretiens ne demande donc pas un chemin de fer; mais il trouve encore trop longue la distance de dix minutes entre chaque départ, et il demande qu'à la traction des chevaux soit substituée la traction à la vapeur, qui lui donnera un départ toutes les cinq minutes.

Il obtiendra la traction par la vapeur, et alors que demandera-t-il de plus, ce public insatiable?

Il demandera autre chose, soyez-en sûr, parce que l'idiosyncrasie du public est de toujours demander autre chose que ce qu'il a, et de n'être jamais content de rien de ce qu'on lui accorde. Demandez à tous les gouvernements qui se sont succédé depuis quatre-vingts ans dans

maladies qui présentaient à la fois le caractère spécifique et l'élément fébrile. C'est ce qui eût lieu dans l'infection purulente, et cela sans succès, puis dans les fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde. L'indication parut d'autant plus nette qu'on attribua à cette médication des propriétés antipyrétiques, comme on avait supposé la faculté de s'opposer au développement des ferments.

Fièvre en général. — Un des plus fervents adeptes de la médication salicylique, Buss, de Saint-Gall, vanta ses effets fébrifuges et lui reconnut le pouvoir de diminuer à la fois la température, ainsi que la fréquence du pouls chez tous les fébricitants, à la condition cependant d'en administrer deux fois plus que de quinine.

John affirme qu'à la dose quotidienne de 4 à 6 grammes, l'acide salicylique constitue un excellent antipyrétique, capable d'abaisser la température de 1,8 à 3,6 degrés Fahrenheit, et de réduire le pouls de 10 et quelquefois 20 pulsations.

Dans 12 cas d'affections fébriles, Nathan dit avoir toujours noté un abaissement de température très-évident, et dans un de ces cas un ralentissement de 60 pulsations; aussi l'auteur affirme-t-il que le salicylate de soude est préférable à la quinine, à la digitale et à la vératrine.

Miers déclare avoir souvent constaté, dans l'espace d'une ou deux heures après l'ingestion de l'acide salicylique, un abaissement de 2, 3 et même 6 degrés centigrades. Golddammer, Boelz, Brand, et surtout Butt, abondent dans le même sens.

Mais, voici la série des contradicteurs : Wolfberg, à la clinique de Ziemssen, à Munich, n'a le plus souvent obtenu, dans les cas de fièvre continue ou subcontinue, que des abaissements de température passagers, insignifiants ou nuls. — Zimmermann, de Grefswald et Martelli, sont arrivés aux mêmes résultats. — Pour mieux juger ces assertions contradictoires, il est utile d'entrer dans le détail des observations et de bien connaître la nature des fièvres qu'il s'agit de traiter.

Fièvres éruptives. — Les fièvres éruptives, et en particulier la variole, ont été traitées par l'acide salicylique, qui, *à priori*, semblait indiqué à la fois comme antiseptique interne et comme fébrifuge.—Schwimmer le prescrivit à doses fractionnées dans 75 cas de variole, et il n'obtint que 55 guérisons. Un pareil résultat n'est point encourageant, et n'autorise point à considérer l'acide salicylique comme un spécifique des fièvres exanthématiques.

Fièvres intermittentes. — On a cherché, par les mêmes motifs, à neutraliser le miasme, et à enrayer le mouvement fébrile dans les fièvres intermittentes; elles

---

notre belle France..... Mais silence ! et que le souffle agitateur de la politique ne vienne pas se faire sentir jusque sur ces feuille légères.

Je ne vois rien de nouveau à vous signaler dans notre microcosme médical. Il paraît qu'on a renvoyé au mois de novembre l'élection dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale, en remplacement de M. Lelut. Voici, d'ailleurs, le moment où la villégiature et les voyages vont dégarnir les fauteuils de l'Académie. D'août à fin octobre commence la session de ceux qu'on pourrait apppeler les zélés, de ceux que rien ne distrait de leurs devoirs académiques, de ceux qui pensent comme pensait Jules Janin :

« Que ce n'est qu'à Paris que la campagne est belle, »

et qui préfèrent leur modeste *home*, leur humble chez eux aux luxueuses mais coûteuses pérégrinations dans les plus belles hôtelleries du monde.

L'intéressant et spirituel feuilleton que M. le docteur Bonnet de Malherbe nous a donné sur Portal, m'a rappelé aussi quelques souvenirs de ce médecin célèbre, que j'ai connu, et à qui j'avais été recommandé, dans une lettre très-pressante d'un de ses parents à Gaillac.

Portal habitait rue de Condé, n° 12, un appartement au premier, dans une maison style Louis XIV, qui existe encore, et qui a conservé son aspect grave et solennel qui contraste si singulièrement avec les constructions de notre temps. C'était en 1827 que je fis ma visite à Portal en lui apportant ma lettre de recommandation. Portal s'aperçut que je portais une tabatière. — Ah ! me dit-il de cette voix éteinte qu'on entendait à peine, vous avez déjà une tabatière ! Eh bien, je désire, mon jeune recommandé, qu'arrivé à mon âge vous puissiez en avoir reçu un pareil nombre à celui que je vais vous montrer.

Et Portal, se levant de son fauteuil, se dirigea vers un meuble d'acajou en forme de caisse,

furent combattues à l'aide de l'acide salicylique par Senator, Fischer, Rosentein (de Leyde), et par Hiller. Les résultats furent variés et les succès contestables. — Si la fièvre cessa un jour ou deux, elle ne tarda pas à revenir, et, dans bon nombre de cas, elle ne disparut que sous l'influence du sulfate de quinine.

Voici maintenant trois observations qui prouvent clairement l'inefficacité de l'acide salicylique et du salicylate de soude.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fièvre intermittente quotidienne contractée depuis deux ans en Sologne; le sulfate de quinine n'était pas parvenu à enrayer les accès d'une manière définitive : le salicylate de soude à 10 grammes ne modifia en rien les accès.

Le deuxième cas est relatif à un mécanicien qui avait séjourné trois ans en Roumanie, et pris la fièvre tierce; depuis un an, le malade, rentré en France, ne guérit ni par la quinine ni par le salicylate de soude. Il en fut de même pour un cas de fièvre tierce contractée en Sologne.

En présence de ces insuccès, et pour bien me rendre compte de l'action de l'acide salicylique, je conçus l'idée d'associer le médicament à la quinine; le salicylate de quinine, préparé à l'Hôtel-Dieu par M. Gébert, pharmacien en chef, et par mon interne, M. Valmont, constitue un sel bien défini, stable, mais peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool; je fis prendre 0,40 centigrammes en pilules ou en poudre et, dès le premier jour, les accès disparurent.

Ainsi, là où les doses considérables de quinine avaient échoué, 30 centigrammes de salicylate de quinine suffirent pour arrêter les accès; j'eus soin de continuer cette médication pendant une quinzaine de jours, et la fièvre disparut pendant tout le reste du temps (quinze jours) que les malades séjournèrent encore à l'hôpital.

Toutefois j'ai observé en ville deux cas de fièvre intermittente, dont l'une paludéenne, à accès irréguliers, l'autre symptomatique de bronchopneumonies lobulaires. Le salicylate de quinine fut impuissant dans les deux cas, ou plutôt il fallut en élever la dose à 90 centigrammes pour obtenir un effet curatif.

Senator ne fut pas plus heureux dans plusieurs cas de fièvre intermittente, mais Brown (*Edimbourg medic. Journal*, novembre 1876) affirme qu'avec une dose de 60 centigrammes à 2 gram. 40, il a obtenu, au bout d'une heure, un abaissement

---

l'ouvrit et me montra une collection inouïe de tabatières de forme et de grandeur diverses, mais toutes protégées par une boîte recouverte de velours vert sur laquelle était inscrit en lettres d'or le nom du roi, du prince ou du grand personnage de qui Portal tenait cette libéralité. Il en fit passer un certain nombre sous mes yeux, portant un portrait entouré de pierres précieuses. Il me dit alors, — et je me le rappelle parfaitement, — que son meuble contenait ainsi une tabatière pour chaque jour de l'année, même une pour les années bissextiles. Je ne les ai pas comptées ni vues, et plusieurs confrères à qui j'ai parlé depuis de cette exhibition, m'ont dit en souriant que Portal avait certaines faiblesses vaniteuses qui compromettaient quelquefois l'exactitude de ses assertions. Qu'est devenue, à la mort de Portal, cette collection de tabatières qui, même réduite à des proportions moins brillantes que ne le disait Portal, avait certainement une valeur historique plus intéressante que celle de la fameuse collection de Lablache? Je n'ai pu le savoir, mais je crois que cette collection doit être rentrée dans la famille.

A la révolution de Juillet, Portal ne pouvait s'habituer à n'être plus le médecin du roi. Louis-Philippe avait fait choix, pour son médecin, de son ami Marc. Portal alla trouver son confrère, lui fit ses doléances, le supplia de lui laisser le titre de médecin du roi.

— Je vous promets la survivance, ajouta Portal.

— Votre survivance! répondit spirituellement Marc, mais, Monsieur Portal, vous êtes immortel!

Je vois encore Portal faisant sa promenade quotidienne, dans les allées du Luxembourg, avec son habit noir à la française, ses culottes courtes, ses souliers à boucles d'argent, sa longue canne à pomme d'or, son chapeau à larges bords recouvrant une perruque blonde. Était-ce coquetterie ou hasard? Portal était toujours accompagné, dans ses promenades, de deux acolytes de taille moins que moyenne qui mettait encore plus en saillie la longue et haute taille du doyen de la médecine française.

Dr SIMPLICE.

considérable de la température (jusqu'à 5 degrés Fahrenheit) et le ralentissement du pouls.

Le salicylate de quinine aurait l'avantage, sur le salicylate de soude, de ne pas provoquer de sueurs, et, sur la quinine, d'éviter les bourdonnements d'oreilles et la surdité. Toutefois, il est à noter qu'en donnant 2 gram. 40 de salicylate de quinine on prescrit réellement près de 1 gram. 60 de quinine, en supposant que la composition de tous les salicylates de quinine soit identique à celle du médicament que nous avons employé.

Fièvre typhoïde. — C'est dans la fièvre typhoïde que le nouveau remède a été le plus préconisé, en sa double qualité d'antiseptique et d'antipyrétique. Buss a fait le premier des expériences comparatives avec 2 grammes de quinine et 4 à 8 grammes de salicylate de soude, et les résultats furent tous à l'avantage de ce dernier remède; il est vrai que le traitement était complexe, et que les abaissements de température de 2 à 3 degrés étaient dus en grande partie à l'action des bains.

Riess prescrivit, pendant l'épidémie de 1875 à Berlin, le salicylate de soude à 260 typhoïques; mais, bien qu'il y eût une mortalité formidable de 24 pour 100 par ce traitement, la température n'en était pas moins abaissée de 1, 2 et même 3 degrés. Cette réfrigération continuait souvent jusqu'à la mort; le malade mourait guéri de la fièvre typhoïde; mais, le plus ordinairement, la réfrigération s'effaçait au bout de quelques heures, excepté dans les cas très-bénins. Dans ces cas, la défervescence se maintenait un à deux jours, et encore n'était-ce qu'à la fin de la deuxième semaine.

Au résumé, les effets furent absolument nuls au point de vue de la durée, et désastreux en tant que résultat définitif.

A la clinique de Rostock, Moeli observa également une mortalité considérable : 5 morts sur 34, tandis que, par le sulfate de quinine et les bains tièdes, on n'avait noté que 4 fois sur 85 une terminaison funeste.

A la clinique de Frerichs, à Berlin, Ewald, qui traita ainsi 100 malades, constata 80 fois une légère réfrigération; la température du soir ne dépassait pas celle du matin, et cependant la mortalité fut considérable. Moeli, de même qu'Ewald, notèrent des sueurs considérables, qu'ils considérèrent avec raison comme indépendantes de l'abaissement de température qui, souvent, précède la sudation. La réfrigération est également indépendante du pouls, qui reste très-élevé; en un mot, la combustion en moins, les sueurs en plus, les autres phénomènes continuant imperturbablement leur marche bénigne ou fatale. Voilà le bilan du traitement.

La clinique de Wunderlich ne fournit à Balz que des résultats transitoires; la clinique de Munich ne donna à Wolfberg aucune conclusion favorable, et les observations faites à l'hôpital de Heidelberg furent absolument nulles.

En Angleterre, mêmes résultats.

En France, de récents essais ont été tentés par MM. Gueneau de Mussy, Hérard, Jaccoud, Oulmont; il semble ressortir de leurs observations que la défervescence n'est que transitoire.

Dans mes observations, qui sont au nombre de 12, je n'ai jamais noté une défervescence vraie et durable, mais seulement des abaissements temporaires de la température variant de quelques dixièmes de degré. Je n'ai trouvé une véritable réfrigération que chez deux typhoïques; le thermomètre s'abaissa de 39 à 38, mais il était survenu en même temps un délire persistant qui ne cessa que par la suppression du traitement. Il est vrai que, immédiatement après la cessation du remède, la chaleur remonta à près de 40 degrés. Or, il est inutile d'insister sur le danger d'acheter une défervescence douteuse au prix d'accidents de ce genre. La conclusion de toutes mes recherches expérimentales et cliniques est entièrement défavorable à cette médication; l'acide salicylique ne saurait être considéré comme un antipyrétique.

***Phlegmasies*, *pneumonie*, *érysipèle*, *phthisie*.** — Cette donnée s'applique aussi bien aux phlegmasies fébriles, aux fièvres symptomatiques qu'aux pyrexies spéci-

fiques. Il n'y a pas un seul fait qui prouve en faveur de l'acide salicylique dans le traitement de la pneumonie, de l'érysipèle, ni d'aucune inflammation fébrile, ni de la tuberculose. Dans ce dernier cas, il faut craindre la dépression des forces. Il n'y a qu'un seul genre de phlegmasie qui échappe à cette loi, c'est le rhumatisme aigu, fébrile; nous verrons comment il faut interpréter cette exception.

(A suivre dans un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Charles Richet adresse, sur les acides libres du suc gastrique, des recherches dont voici les conclusions :

« 1° L'étude du suc gastrique, par l'agitation avec l'éther et le titrage des deux acidités, donne le rapport approché entre les acides organiques (lactique et analogues) et les acides insolubles dans l'éther (minéraux ou analogues).

2° Le suc gastrique pur ne contient presque que des acides minéraux ou analogues. Abandonné à lui-même, il fermente, et la proportion des acides organiques, analogues à l'acide lactique, augmente.

3° Les aliments mélangés au suc gastrique peuvent, par la digestion artificielle, en dehors de toute action vitale directe et de la sécrétion stomacale, augmenter de 20, 50, et même 70 pour 100, l'acidité des liquides contenus dans l'estomac.

4° Le suc gastrique, mélangé aux matières alimentaires, contient toujours des acides organiques analogues à l'acide lactique; mais l'acide minéral reste prédominant, tant qu'il n'y a pas putréfaction.

5° Le ferment, qui rend les matières alimentaires acides, semble être en partie retenu avec les matières solides non filtrables, et en partie passer avec les matières dissoutes.

Ce travail a été fait au laboratoire de M. Berthelot, au Collége de Frace. Qu'il me soit permis de le remercier de ses conseils, sans lesquels je n'aurais pu aborder ce sujet. »

Une note de M. Maurice Raynaud, présentée par M. Vulpian, est intitulée : *Sur la lymphe, comme agent de propagation de l'infection vaccinale.*

« J'ai continué les expériences de transfusion de sang vaccinal, dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie dans ma note du 5 mars dernier. Mes résultats ne sont pas encore assez concordants pour me permettre des conclusions définitives; mais je désire aujourd'hui rendre compte d'expériences analogues faites avec le contenu des vaisseaux lymphatiques.

Voici en quoi consiste la méthode que j'ai employée : Au lieu de faire porter l'expérimentation sur le sang, liquide nourricier circulant dans l'économie tout entière, j'ai voulu savoir si la lymphe *provenant d'une région vaccinée* était chargée de virus. Dans ce but, je prenais un cheval; je faisais, avec la lancette, un très-grand nombre d'inoculations de vaccin sur la face interne du canon et du boulet. Au bout de huit ou dix jours, quand l'éruption locale était bien développée, je découvrais, au niveau de la cuisse, les deux troncs lymphatiques qui, dans ce point, accompagnent constamment la veine saphène interne. J'établissais ainsi une véritable fistule lymphatique. Le liquide incolore qui s'en écoulait goutte à goutte était recueilli pour servir aux expériences.

J'omets des détails secondaires, pour faire connaître de suite le résultat principal auquel je suis arrivé.

22 centimètres cubes de lymphe fraîche, recueillie sur un cheval, ont été injectés en deux fois, à vingt-quatre heures d'intervalle, dans la veine jugulaire d'un autre cheval. Au seizième jour, j'ai vu apparaître, chez cet animal, une magnifique éruption de *horse-pox* sur les naseaux, sur les lèvres, sur la muqueuse des joues, des gencives, de la langue.

Pour qu'il n'y eût aucun doute sur la nature de l'éruption, le liquide de ces pustules a été recueilli; inoculé à un veau, il a donné lieu, chez ce dernier, à une éruption vaccinale légitime.

Ce fait est capital. Voilà, en effet, un cheval qui n'a pas reçu un atome de virus vaccin en nature, qui n'a reçu que de la lymphe provenant médiatement d'une région vaccinée, et chez lequel s'est néanmoins développée une éruption absolument identique, par ses caractères et par son siége, avec le *horse-pox* spontané. Dans ce cas, la lymphe a transmis, non pas seulement l'immunité, mais bien l'éruption spécifique elle-même. Il faut donc, de toute nécessité, qu'elle soit elle-même un véhicule de virus.

Je dois toutefois signaler ici une contradiction analogue à celle dont j'ai fait mention dans ma première note.

De la lymphe recueillie sur un autre cheval vacciné, dans les mêmes conditions que ci-dessus, a été inoculée à un veau par la voie de la peau et du tissu cellulaire : une cinquantaine de piqûres et de scarifications superficielles ont été faites avec la lancette chargée de lymphe ; le lendemain, le contenu d'une seringue de Pravaz remplie de ce même liquide a été injecté sous la peau. Non-seulement aucune éruption ne s'est développée localement, mais, chez cet animal, vacciné ultérieurement avec du vaccin ordinaire, j'ai obtenu un résultat positif, ce qui prouve bien que les premières inoculations avaient été stériles.

De quelque façon qu'il faille interpréter ces faits difficiles, pour le moment, à concilier avec les précédents, je devais les signaler.

Quant aux expériences faites sur l'espèce chevaline, il est très-important d'ajouter que l'injection de lymphe dans la veine jugulaire a été mortelle pour les deux chevaux sur lesquels je l'ai pratiquée.

Le premier de ces animaux avait reçu 55 centimètres cubes de lymphe; l'opération avait très-bien marché. Une demi-heure après, il chancela et tomba, en proie à un désordre extrême de la respiration et du pouls. Il se releva néanmoins, et parut se rétablir; mais il succomba au bout de six jours, sans présenter encore d'éruption. A l'autopsie, je trouvai l'intestin et le mésentère parsemés d'innombrables ecchymoses et de grosses tumeurs sanguines; le cœur droit était distendu par un énorme caillot fibrineux. Comme on avait mis trois jours à recueillir la lymphe injectée, je pensai d'abord que ce liquide avait subi un commencement de putréfaction et avait pu déterminer des accidents septicémiques.

Mais des lésions de même ordre se sont montrées chez le second cheval, celui chez lequel l'expérience a réussi. Cet animal était couché sur le flanc et manifestement très-malade, au moment où l'éruption du horse-pox a été constatée. Je l'ai alors sacrifié par assommement. De remarquables coagulations fibrineuses existaient dans tous les vaisseaux, y compris les branches de la veine porte. Des exsudats séro-fibrineux existaient dans les gaînes des grosses artères et de l'aorte ventrale. Les ganglions mésentériques étaient rouges et énormément tuméfiés, les poumons en partie atélectasiés. Bref, il y a là tout un ensemble de lésions très-analogues à celles que l'on rencontre chez les individus qui succombent aux fièvres graves, et notamment à la variole. Ce fait n'est pas sans intérêt, si on le rapproche de l'extrême bénignité du horse-pox spontané, dans les conditions ordinaires.

Quoi qu'il en soit, le fait essentiel qui se dégage de ces expériences, c'est celui de la virulence de la lymphe provenant d'une région vaccinée. Ce fait peut avoir une très-grande valeur, au point de vue du mécanisme qui préside à la diffusion des maladies spécifiques. Je suis porté à croire que si, dans le cas qui nous occupe, le sang est susceptible d'acquérir des propriétés virulentes, il le doit à la lymphe qui est incessamment versée dans le torrent circulatoire par le canal thoracique. Il ne sera pas impossible de contrôler cette hypothèse par des expériences directes. »

M. Pasteur, à l'occasion de la communication intéressante que M. Vulpian vient de faire du sujet de la vaccine, de la part de M. Maurice Raynaud, fait savoir à l'Académie qu'il s'occupe de l'étude des virus, du vaccin en particulier. La méthode dont il se sert est celle qu'il a mise en pratique depuis longtemps dans ses recherches sur les organismes inférieurs, et qui lui a servi tout récemment encore, en collaboration avec M. Joubert, pour éclairer la question de l'étiologie du *charbon*. En ce qui concerne le vaccin, elle consiste à recueillir du vaccin dans un grand état de pureté sur une génisse, à le semer dans des liquides appropriés, et à revenir de ces nouveaux liquides aux animaux. Quoique ces études et la méthode qu'elles mettent en œuvre n'aient pas de rapport avec celles qui sont communiquées aujourd'hui à l'Académie, M. Pasteur les indique, afin de leur conserver leur indépendance. Il ajoute qu'il a pu les entreprendre, grâce à l'obligeance de M. Blot, membre de l'Académie de médecine, et directeur de la vaccine à cette Académie. — M. L.

CORRESPONDANCE

MOYEN SIMPLE A EMPLOYER DANS L'OEDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Nanterre, le 26 juin 1877.

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi de vous faire part des résultats d'une expérience que m'a suggérée la lecture d'un numéro du journal anglais, *The Lancet*, publié récemment, et qui pourra intéresser vos lecteurs.

Il s'agit d'un moyen bien simple à employer dans l'œdème des membres inférieurs, et qui donne les meilleurs résultats. Je l'ai expérimenté dans deux cas différents : l'un, d'œdème considérable des extrémités inférieures, causé par une tumeur abdominale comprimant les

veines iliaques; l'autre, d'œdème des mêmes parties, sous la dépendance d'une ascite symptomatique d'une cirrhose du foie. Voici en quoi il consiste :

J'enfonce à quelques millimètres dans les tissus œdématiés le trocart explorateur de trousse; je retire l'aiguille, et aussitôt la sérosité s'écoule, goutte par goutte, par la canule de l'instrument. Cet écoulement devient alors continu, et, pour éviter de souiller les draps du malade, j'adapte à l'extrémité libre de la canule un tube en caoutchouc de 60 centimètres à 1 mètre de longueur que je laisse pendre hors du lit, en ayant soin de disposer au-dessous un vase destiné à recevoir la sérosité qui s'écoule; ce vase peut être laissé pendant plusieurs jours, l'écoulement suivant toujours son cours.

Dans ma première expérience, je recueillis, dans l'espace de vingt-quatre heures, un litre et demi de liquide séreux, clair, analogue à celui de l'ascite; la seconde fois, je recueillis une quantité à peu près égale; de plus, sous l'influence de cette ponction, le membre avait sensiblement diminué de volume, non-seulement les parties les plus déclives, mais aussi la cuisse elle-même (la ponction avait été faite sur la face dorsale du pied), comme s'il s'était établi un courant de haut en bas vers la canule.

Ce procédé, qui n'est pas le mien, mais bien celui d'un médecin anglais, m'a paru ingénieux et digne de l'expérimentation, et je ne l'ai vu mentionné nulle part encore. Il possède un grand avantage sur celui qui consiste à faire des piqûres avec une aiguille sur les téguments; car, outre que ces piqûres fournissent une quantité moins considérable de liquide, elles ont l'inconvénient, comme on sait, de s'enflammer lorsqu'elles sont nombreuses et très-rapprochées; d'amener même, comme je l'ai vu dans certains cas, des eschares qui viennent compliquer malencontreusement l'état si mauvais du malade. Je le préfère aussi beaucoup aux divers moyens préconisés dans ces cas, tels que les frictions avec l'huile de croton, la teinture de scille, etc. Il a l'avantage de ne pas multiplier le nombre des piqûres, et d'établir vers l'extérieur un courant continu de liquide qui peut, dans une certaine mesure, rétablir l'équilibre circulatoire interrompu. Le malade supporte très-bien ce petit appareil, que l'on peut établir sur les deux jambes à la fois. Il est préférable, bien entendu, de faire la ponction le plus bas possible, les liquides ayant toujours tendance, par suite de la pesanteur, à s'infiltrer à travers les téguments pour gagner l'orifice d'écoulement : une seule ponction me paraît suffire sur chaque membre pour arriver au résultat désiré.

Agréez, Monsieur le rédacteur, etc. . . . . Dr Georges MICHELON.

DU PODOPHILLIN DANS LA COLIQUE HÉPATIQUE ET LES CALCULS DU FOIE;

Par le docteur MERCADIÉ.

Je lisais, il y a deux mois, dans un journal de médecine de Florence, *Lo Sperimentale*, un article sur l'emploi du podophyllin dans les coliques hépatiques et les calculs du foie. Le professeur Bufalini, auteur de cet article, racontait les deux faits suivants :

Une femme de 45 ans avait depuis longtemps des coliques hépatiques violentes, et elle ne trouvait de soulagement que dans l'emploi de purgatifs énergiques, qui lui faisaient rendre des calculs volumineux. Mais ces purgatifs ayant été continués longtemps, il était survenu une entérite qui l'obligea à y renoncer. Le docteur Bufalini, appelé à ce moment, fut frappé de ce fait, et il songea, malgré l'entérite, à donner des petites doses de podophyllin (1 centigramme par jour) qui devait, pensait-il, produire, beaucoup mieux que les autres purgatifs, le résultat déjà obtenu, et sans amener d'inconvénient. Le podophyllin jouit, en effet, d'une efficacité remarquable dans l'hypérémie du foie, comme l'a reconnu Van den Corput. On sait aussi que, injecté dans le duodénum d'un chien, il augmente considérablement la sécrétion biliaire, et que la bile contient, dans ce cas, une plus grande quantité de matériaux solides. En empêchant la rétention de la bile et l'agrégation de ses matériaux, cause efficiente des calculs biliaires, le podophyllin pouvait donc conduire à un bon résultat; du moins, il était permis de l'espérer. Or, c'est précisément ce qui arriva dans le fait dont nous parlons. Les coliques hépatiques disparurent très-rapidement et le catarrhe intestinal aussi. Pendant un an, le podophyllin fut continué sans le moindre inconvénient, et les coliques ne se sont plus reproduites, quoique deux ans se soient maintenant écoulés depuis qu'on a cessé ce médicament.

Le docteur Bufalini eut encore l'occasion d'administrer le podophyllin dans un cas semblable, et il obtint à peu près le même résultat.

Il s'agissait d'une dame atteinte depuis plus de deux ans de coliques hépatiques très-violentes et qui rendait fréquemment des calculs. Pendant un an, elle avait été soumise infructueusement aux divers traitements préconisés en pareil cas : bains, évacuants, remède de Durande, chloroforme, injections sous-cutanées, etc. Le docteur Bufalini, appelé en consultation, conseilla 1 centigramme de podophyllin par jour, et, rapidement, coliques et calculs

disparurent. Le podophyllin ayant été suspendu après quelque temps, la santé se maintint encore pendant huit mois, puis les coliques et les calculs se montrèrent de nouveau pour cesser presque aussitôt après la reprise du médicament.

Ces deux faits, que j'ai tenu à citer, à cause de l'autorité du docteur Bufalini, et parce que je n'ai encore vu nulle part cette indication du podophyllin, m'avaient vivement frappé, et je voulus en vérifier immédiatement l'exactitude. Je soignais depuis longtemps une dame qui avait des coliques hépatiques intenses et se reproduisant deux et trois fois par mois. Je parvenais à la soulager par des injections de morphine, mais c'était tout; un régime végétal soutenu, les eaux de Vichy, n'avaient jamais empêché le retour des calculs. Ayant sous la main des pilules de podophylle, que j'emploie dans la constipation de préférence au podophyllin des pharmacies que j'ai souvent trouvé infidèle, j'en donnais tous les soirs, au moment du dernier repas. Une crise venait d'avoir lieu, et, depuis, il n'en est survenu aucune autre. Il y a bientôt deux mois que, chaque soir, cette malade prend 1 centigramme de podophylle, et je me propose de continuer pendant quatre ou cinq mois encore. J'interromprai alors, et s'il survient la moindre atteinte, je recommencerai à nouveau.

Pendant les quinze premiers jours de traitement, j'ai fait garder les selles, et plusieurs fois elles contenaient des calculs; mais j'ai dû faire cesser cette expérience, à cause de l'ennui qu'elle occasionnait.

Je me suis hâté peut-être un peu pour donner le résultat de cette observation; mais, comme elle a déjà pour précédents celles du docteur Bufalini, et que le fait acquis, même en se bornant là, est encore très-digne d'attirer l'attention, il m'a semblé qu'il était urgent de faire connaître au plus tôt cette médication aux médecins. Elle ne présente aucun inconvénient, on peut donc l'essayer les yeux fermés; or, si elle doit éviter à de nombreux malades ces terribles angoisses que nous connaissons et qui retentissent bien quelque peu sur nous, je crois qu'il ne faudra pas trop reprocher à cette communication d'être prématurée.

FORMULAIRE

Liniment contre la cystite.

Atropine	0 gr. 06 centigr.
Eau distillée	240 grammes.
Acide phénique	q. s.

Pour empêcher la production des moisissures et le dépôt de l'atropine. — De 40 à 60 gouttes de cette solution dans 15 grammes d'eau, pour un lavement, qu'on répétera une seconde fois dans la journée. D'après l'auteur, ces lavements ont pour effet immédiat de calmer la strangurie et les douleurs de la miction, de faire cesser la douleur sus-pubienne qui accompagne l'inflammation cystique, et de faire disparaître graduellement le mucus et le sang de l'urine. — S'il existe de la constipation, on la combat par les moyens appropriés. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 7 Juillet 1656.

Extrait d'une lettre (en latin) inédite de Guy Patin à Garmer, médecin de Hambourg :

« ..... Notre vieux Riolan, frappé d'un asthme, et péniblement impressionné par le froid, si pernicieux aux vieillards, est resté alité tout l'hiver; il n'est guère fort encore aujourd'hui, mais enfin il vit, et médite quelque ouvrage nouveau... Il n'est plus question parmi nous de l'émétique, lequel est tombé par terre, pour ne plus se relever, méprisé par tous, condamné par les gens de bien... Les stibiophiles eux-mêmes, qui espéraient, sous l'appât de la nouveauté, tromper les imprudents, ne sont plus regardés que comme des imposteurs, et ne trouvent plus des imbéciles à tromper... J'abandonne un tel poison aux chimistes, aux ignares sectateurs de Paracelse..... » — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés assesseurs du doyen de la Faculté de médecine de Lyon pour l'année scolaire 1877-78 :

MM. Chauveau, professeur à ladite Faculté;
Ollier, professeur à ladite Faculté.

M. Colrat, docteur en médecine, chargé des fonctions d'agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon (section de médecine, maladies mentales), par l'arrêté

susvisé, est attaché, en la même qualité, à la première section de médecine (anatomie pathologique).

M. Socquet, docteur en médecine, est nommé conservateur des collections de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Icard, docteur en médecine, est nommé bibliothécaire de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

École de médecine de Nantes. — M. Pihan-Dufeillay, professeur de pharmacie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est autorisé à se faire suppléer, pendant la durée de son congé, par M. Herbelin, suppléant à ladite École.

M. Guillemet, docteur en médecine, est institué suppléant de la chaire de gynécologie et accouchements à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour une période de neuf années.

M. Poisson, docteur en médecine, est institué suppléant des chaires de chirurgie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes pour une période de dix années.

M. Bureau (Louis), docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour une période de dix années.

Conseil municipal de Paris, séance du 3 juillet. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport présenté par M. Level, à une précédente séance, au nom de la deuxième commission, sur la préparation d'un programme pour la mise au concours du meilleur système de crémation.

M. Morin se déclare partisan de l'incinération des corps au point de vue de la salubrité publique, surtout dans les grandes villes, dont les cimetières sont des foyers d'infection. Il est d'accord avec la commission pour que la crémation soit facultative ; il faut respecter les croyances de chacun, fussent-elles des préjugés. Il n'est pas d'accord avec la commission lorsqu'elle demande que la crémation facultative soit autorisée par une loi. Cet article est inutile, car aucune loi n'a interdit la crémation, et en pareille matière, ce qui n'est pas défendu est permis. Aucune loi n'a déterminé un mode obligatoire de sépulture ; la crémation n'est qu'un mode particulier comme l'embaumement, contre lequel personne n'a jamais protesté.

M. Cadet fait observer que la seule objection qui ait été opposée au système de la crémation est exclusivement médico-légale et a trait à l'impossibilité de rechercher les poisons après la mort.

M. Cadet entend établir que cette objection est sans valeur, que la crémation facilitera au contraire la découverte des poisons et qu'elle ne peut que restreindre le nombre des empoisonnements.

Il divise les poisons en deux classes : 1re classe, ceux qui sont volatilisés par l'incinération, tels que les substances organiques, les sels mercuriels, le phosphate de chaux, et qui, à l'exception du mercure, ne se retrouvent pas non plus dans le cadavre après l'inhumation ; 2e classe, comprenant les poisons minéraux, tels que l'arsenic, l'antimoine, le plomb, le zinc et le cuivre. Or, il résulte des expériences faites par M. Cadet sur des animaux, que ces minéraux sont retrouvés dans les cendres. On a donc la certitude de retrouver les poisons minéraux après la crémation.

Il suffira d'imposer aux inventeurs qui prendront part à ce concours l'obligation de faire la preuve que les cendres des animaux empoisonnés et incinérés dans leurs appareils contiennent les poisons ingérés par ces animaux.

M. le préfet de la Seine est d'avis que la dépense à résulter de ce concours sera excessive : le chiffre des primes proposées par M. Level devrait être abaissé.

Il fait en outre remarquer que la police des inhumations rentre dans les attributions de la préfecture de police et non dans celles de la préfecture de la Seine ; il se déclare donc incompétent pour s'occuper du concours que veut ouvrir la commission.

M. Lauth demande si la commission admettrait à concourir les personnes qui apporteraient des moyens de hâter la décomposition des corps par des procédés chimiques.

M. Cadet répond que la commission n'a entendu exclure du concours aucun procédé de nature à faire disparaître les inconvénients que présente le système actuel des inhumations.

M. de Heredia prie le Conseil de prendre le plus promptement possible une décision sur la question de la crémation.

La discussion générale est close. Est adopté l'article 1er du projet de délibération présenté par la commission, ainsi conçu :

Il y a lieu d'ouvrir un concours pour la recherche du meilleur procédé d'incinération des corps, ou de tout autre atteignant le même résultat.

Le procédé devra satisfaire aux conditions suivantes :

a. Il assurera la transformation des matières organiques sans production d'odeur, de fumée, ni de gaz délétères.

b. Il devra garantir l'identité et la conservation, totale et sans mélange, des matières fixes.

c. Il sera expéditif et économique.

d. Il ne devra apporter aucun obstacle à la célébration des cérémonies religieuses, de quelque culte que ce soit.

Sur les observations de M. le préfet de la Seine, les articles 2 et suivants du projet sont renvoyés à la commission, qui devra se concerter avec le préfet de police.

L'Inauguration du nouvel Hôtel-Dieu. — C'est le 1er septembre prochain qu'une partie du nouvel Hôtel-Dieu doit ouvrir ses portes aux malades.

M. Diet, l'architecte en chef des travaux, a reçu l'ordre de l'administration d'avoir à faire terminer pour cette époque un emplacement pouvant contenir 200 lits; les 200 malades qui occupent actuellement l'ancien bâtiment sur le Parvis Notre-Dame, émigreront les premiers dans le nouveau local.

Mais la difficulté la plus grande n'est pas dans l'aménagement des salles pour un si grand nombre de lits et dans un si bref délai. 200 malades à loger entraînent à leur suite tout un personnel de médecins, de pharmaciens, d'infirmiers, de cuisiniers et de garçons; puis toute la communauté, sans compter le directeur lui-même, l'aumônier et tous les comptables. Or, il faut des logements pour tout ce monde, et souvent des logements spacieux.

Les locaux pour la pharmacie et la lingerie, les salles pour les bains, pour les douches, pour la vapeur; les chambres destinées aux opérations chirurgicales, la chapelle, tout cela exige des soins particuliers d'installation, sans compter les cuisines, qui se chaufferont à la vapeur, et qui ne pourront probablement pas être complétement agencées pour le 1er septembre.

Néanmoins, la date d'ouverture ne serait pas reculée : on installerait alors des fourneaux provisoires; on logerait, à la rigueur, certains des employés à l'hôtel pour quelque temps; on aurait soin seulement de tenir prête la partie destinée à la communauté, qu'il serait impossible de loger hors de l'hôpital.

Les bâtiments qui se trouvent du côté du Parvis Notre-Dame seront les premiers ouverts. On est en train de poser les derniers conduits en plomb pour le gaz et l'eau; on place le béton dans les grandes galeries d'entrée, et l'on termine un peu partout la menuiserie et la serrurerie.

Plusieurs détails nous ont fait plaisir dans les petites cours partielles, entre autres des arbres déjà poussés et des pelouses vertes égayent un peu ce futur séjour de la douleur. Nous avons remarqué aussi que les salles où les postulants devront venir solliciter leur admission à l'Hôtel-Dieu sont toutes parquetées. Quelle amélioration pour les malades, de n'avoir pas, en attendant leur tour, les pieds gelés sur les grands carreaux de pierre ou de marbre, comme cela existe dans certains hôpitaux!

Enfin, nous avons constaté une grande activité parmi tous les travailleurs, et il ne serait pas étonnant que l'ouverture se fît à l'époque fixée, avec armes et bagages. (*Liberté.*)

Distinctions honorifiques. — M. Baizeau, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, officier de la Légion d'honneur, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

Sont nommés officiers d'académie : MM. le docteur Daumas, membre de l'Académie de médecine de Bordeaux, auteur de plusieurs ouvrages spéciaux; chevalier de la Légion d'honneur; — M. le docteur Moussaud, médecin à Muzé.

Lycée de Montauban. — M. le docteur Gardelle, chargé des fonctions de médecin au lycée de Montauban, est nommé médecin audit lycée.

Société de médecine légale. — La séance de la Société de médecine légale aura lieu le lundi 9 juillet courant, à 3 heures très-précises, au Palais de Justice, dans la salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

La séance est publique pour les médecins.

Ordre du jour : I. Élection de membres correspondants nationaux; — II. Rapport de la commission chargée d'étudier la question de savoir si les expéditions des consultations données par la Société doivent être soumises au timbre; — III. Rapport de M. Ladreit de la Charrière sur les signes de la mort; — IV. Rapport de MM. Goujon et Legrand du Saulle, sur un cas d'hermaphrodisme présenté par M. Lutaud; V. Discussion du rapport de M. Pénard sur le tarif des expertises judiciaires. (Ce rapport est publié dans le n° de juillet, des annales d'hygiène et de médecine légale.)

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Maltèste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDES SUR L'ACIDE SALICYLIQUE ET LES SALICYLATES; TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU ET CHRONIQUE DE LA GOUTTE ET DES DIVERSES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX SENSITIF PAR LES SALICYLATES (1);

Communication faite à l'Académie de médecine, dans les séances des 26 juin et 3 juillet 1877,

Par M. le professeur Germain SÉE.

Clinique.

III. — AFFECTIONS RHUMATISMALES; RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, FÉBRILE OU APYRÉTIQUE.

Jusqu'ici je n'ai enregistré que des faits douteux ou négatifs. J'ai hâte d'arriver à une affection dans laquelle les préparations salicyliques offrent de précieuses ressources; je veux parler du rhumatisme articulaire aigu.

Dans une maladie où l'élément fébrile est le plus souvent prédominant, il était naturel d'essayer un agent qui passait pour un antipyrétique énergique, et c'est ainsi qu'on s'est adressé à l'acide salicylique. Après des tentatives assez variées, Buss prescrivit jusqu'à 15 à 20 grammes de salicylate de soude aux rhumatisants; les résultats furent satisfaisants, mais les effets toxiques devinrent prédominants; la dose était manifestement exagérée.

C'est à Stricker qu'on doit la connaissance des véritables propriétés de l'acide salicylique (*Berliner Wochenschrift*, 1876, n°s 1 et 2). Il traita ainsi, en prescrivant 50 centigrammes à 1 gramme toutes les deux heures, 14 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, qui tous guérirent, la douleur cessant, la température s'abaissant en moins de quarante-huit heures. C'est, selon Stricker, le véritable spécifique du rhumatisme, c'est-à-dire l'agent le plus propre à combattre une âcreté spéciale inconnue qui existerait dans le sang des rhumatisants. Stricker a fait fausse route en croyant s'attaquer au rhumatisme; il ne combattait, en réalité, que la douleur et la fluxion articulaire.

Riess traita de la même façon 27 malades lorsque la température dépassait 39 degrés; il n'avait en vue que la fièvre. Or, la défervescence fut loin de coïncider tou-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5 et 7 juillet.

FEUILLETON

LA MÉDECINE AU JAPON (1)

Manière de devenir médecin.

Depuis que le gouvernement japonais a établi l'Ecole de médecine de Yedo, le seul moyen de faire des études médicales sérieuses serait d'entrer à cette Ecole. Mais n'y entre pas qui veut, et le nombre des jeunes gens qui sont admis à suivre les cours des professeurs allemands est limité à environ trois cents. Il en résulte que, aujourd'hui comme jadis, beaucoup de jeunes gens s'en tiennent à l'ancien système, infiniment plus expéditif et moins pénible, et qui, bien entendu, est le seul qui ait servi aux vingt et quelques mille médecins répandus dans tout le pays. Pour faire son apprentissage dans l'art médical, un jeune homme s'attache d'habitude à un médecin praticien à titre d'élève; il passe son temps à assister aux consultations du maître, à écrire ses prescriptions, et à feuilleter quelque formulaire ou recueil de recettes; de leçons théoriques, il n'en est nullement question, et, d'ailleurs, le maître serait bien embarrassé pour enseigner ce qu'il ne sait pas lui-même. Au bout d'un temps plus ou moins long d'un stage aussi peu profitable, l'apprenti trouve un beau jour qu'il en sait assez et se met à exercer pour son compte; point n'est besoin pour cela d'examens, de certificats ou de diplômes quelconques. Quelquefois, dans une même famille, on est ainsi médecin de père en fils pendant de longues générations, et, dans ce cas, il va sans dire que les enfants n'ont

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet.

jours avec la disparition des manifestations locales; celle-ci, en effet, précède souvent d'assez loin la chute de la température.

Léonardt Aster observa 39 cas de guérison et un seul insuccès. C'est sur un de ces malades que ce médecin vit se développer des convulsions; 2 furent atteints d'exanthèmes; 12 fois il y eut des récidives.

Il suffit de citer les observations de Balz, de Steinitz, de Teuffel, Hildebrand, Putnan, Sieweking, pour retrouver les mêmes conclusions. Les journaux anglais et américains sont remplis de faits les plus caractéristiques rapportés par Towle, Hodghem, Warren et Brown, qui citent 100 cas de guérison, Moore, qui le considère comme un spécifique.

En France, jusqu'à ce jour, on a recueilli bien peu d'observations sur l'efficacité de la médication salicylique contre le rhumatisme articulaire aigu. Néanmoins, plusieurs de nos collègues, MM. Laboulbène, Hérard, Oulmont, Gueneau de Mussy, Chauffard, ont fait des essais qui sont relatés dans les recueils périodiques ou dans les thèses récentes. Les communications orales de MM. Brouardel, Lasègue, Hardy sont toutes favorables à ce traitement, tandis qu'à la Société des hôpitaux, des discussions vives se sont élevées entre M. Lépine, partisan de ce traitement, M. Dujardin-Beaumetz, d'une part, et d'une autre part, M. Ernest Besnier, qui doute, et M. Dumontpallier, qui nie, il est vrai, sans avoir expérimenté.

Je vais passer en revue tous les faits que j'ai pu observer tant à l'hôpital que dans ma pratique civile.

Le total est de 52 observations de rhumatisme aigu, dont 19 fébriles et 33 apyrétiques ; 44 cas furent observés à l'hôpital et suivis rigoureusement par mon chef de clinique, ainsi que par mes élèves, sous ma direction. Quelques-uns de ces malades furent traités par l'acide salicylique à 6 grammes par jour ; la plupart par le salicylate de soude à la dose de 10 grammes dissous dans 200 grammes d'eau, à prendre en cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Comme le médicament est éliminé en grande partie dans les quarante-huit heures, il importe d'en continuer l'usage pendant dix à douze jours après la guérison, sans quoi les récidives sont pour ainsi dire inévitables.

Sur les 19 cas de rhumatismes fébriles, 12 étaient à leur deuxième, troisième et quatrième attaque, et presque tous avaient des lésions cardiaques. Dans ces 12 cas, la durée des attaques antérieures avait été de trois semaines à trois mois.

---

pas besoin de sortir de la maison pour faire leurs études médicales. Avec le genre de médecine à la chinoise, ce système d'apprentissage est d'une application facile, parce, pour être passé maître en l'art de guérir, il suffit d'avoir quelques recettes à mettre en œuvre. L'idée générale qui règne au Japon, tant chez les médecins que dans la population, est que la médecine n'est pas autre chose que l'art de donner, pour chaque maladie particulière, un remède spécial, un spécifique; parce que, pour tout Japonais, médecin ou non, il existe, d'une part, un plus ou moins grand nombre de maux affligeant l'humanité; et, d'autre part, un nombre correspondant de remèdes, dont chacun a la mission spéciale de combattre une maladie : de telle sorte que, pour être bon médecin, il suffit d'avoir bien présente à l'esprit ou de savoir trouver dans les livres quelle est la drogue spéciale exigée par un cas particulier, de manière, par exemple, à ne pas administrer pour la colique la drogue qui est pour le mal de tête. Toute la science est là. Aussi les médecins européens s'entendent-ils adresser cette éternelle question : Quel est le remède qui guérit telle maladie? Ou, réciproquement : Quelle maladie guérit tel remède? Et rien ne désoriente plus les médecins japonais que de nous voir employer le même médicament dans des maladies bien différentes, ou, au contraire, dans une même maladie, employer à la fois ou successivement des médicaments différents.

Quant aux Japonais qui ont voulu faire de la médecine à la mode européenne, force leur a été de s'attacher à un médecin européen, et pendant quelques mois ou quelques années, de suivre sa pratique, dans l'espoir de s'approprier ses secrets et ses recettes, car il n'y avait pas d'autre moyen d'instruction à leur disposition. Lorsqu'ils pensaient être devenus assez habiles, c'est-à-dire lorsqu'ils étaient parvenus à graver dans leur mémoire quelques termes de médecine et quelques noms de médicaments, non-seulement ils se mettaient à exercer, mais encore ils devenaient aussitôt professeurs eux-mêmes pour ceux de leurs compatriotes qui désiraient apprendre la médecine européenne.

Or, chez tous, la durée de l'attaque traitée par le salicylate n'a pas dépassé trois jours; il n'y eut qu'une seule exception. L'âge de la maladie ne changeait rien aux résultats. Les rhumatismes datant de deux, quatre, huit, quinze jours, étaient terminés au bout de deux à trois jours.

L'âge des malades n'a d'autre importance que pour la dosification du médicament. Chez deux enfants âgés l'un de 8, l'autre de 12 ans, je prescrivis 2 à 3 grammes de salicylate par jour, et le succès fut complet en deux jours. La dissémination du rhumatisme et sa généralisation n'empêchèrent pas la guérison; le seul insuccès que j'aie constaté est relatif à un rhumatisme devenu mono-articulaire et localisé dans le poignet après avoir débuté par quatre jointures.

Voici ce qu'on observe généralement :

1° La cessation des douleurs; celles-ci cèdent souvent en douze à dix-huit heures; ce phénomène est constant.

2° La fluxion articulaire cède au bout d'un à trois jours, mais jamais avant la douleur. La tuméfaction diminue, même quand il y a de l'hydarthrose, à plus forte raison si le gonflement n'atteint que les tissus périarticulaires.

3° Les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième jour; j'ai vu des malades dont les membres inférieurs étaient entièrement envahis, se lever au bout de deux à trois jours.

4° La fièvre, qui, dans quelques cas, s'était élevée à 41 degrés, à 100 à 120 pulsations, ne céda jamais avant la disparition complète des douleurs.

Ceci tend à prouver une fois de plus que la fièvre dite rhumatismale n'a pas le caractère de l'essentialité, et qu'elle n'est que l'effet, non la cause des localisations du rhumatisme. Si la fièvre persiste, après que la fluxion articulaire a cessé dans les jointures envahies, c'est qu'elle annonce une nouvelle phlogose dans d'autres articulations, et c'est pourquoi il importe, dans cette occurrence, de continuer le traitement plus longtemps.

5° *Analyse de* 33 *cas apyrétiques.* — Dans les cas du rhumatisme aigu ou subaigu apyrétique, les résultats favorables ont été exactement les mêmes que dans le rhumatisme fébrile, et je suis étonné de l'assertion de Stricker qui nie les effets du salicylate dans les affections subaiguës.

Sur les 33 malades, dont la moitié environ avaient éprouvé des attaques antérieures ayant duré quatre, six et même douze semaines, il n'y eut pas un seul qui ne fût guéri en deux à trois jours; à la fin des douleurs et du gonflement articu-

---

A cause de la vieille réputation de la colonie de Desima, c'est à Nagasaki (dont l'ancienne factorerie hollandaise n'était qu'un quartier) que les premières leçons de médecine furent données aux Japonais, par des médecins hollandais, dans un hôpital fréquenté par quelques jeunes gens du pays. Plus tard, sous l'influence des idées nouvelles de civilisation, de progrès, etc,, que depuis la révolution de 1868 le gouvernement impérial cherchait à introduire dans le pays, quelques gouverneurs de province eurent l'idée d'établir, dans les chefs-lieux de leurs départements, des sortes d'hôpitaux-écoles de médecine, et prirent à leur solde des médecins européens qui devaient remplir à la fois les fonctions de médecin d'hôpital et celles de professeur. Malgré la création de l'Ecole de Yedo, ce système a existé et existe encore aujourd'hui, et, en ce moment, quelques médecins sont répandus dans l'intérieur du pays pour y propager les connaissances de la médecine européenne.

Moi-même, en 1873 et 1874, j'ai été chargé d'une pareille mission dans la ville de Niigata. Pour donner une idée exacte de la valeur de ce système, il me suffira donc de rappeler en quelques mots les faits qui me sont personnels.

Dès mon entrée en fonctions, il me fut signifié que, bien que tout fût à créer et à organiser, je n'aurais à m'occuper en rien d'installation, de personnel, de matériel, etc., attendu qu'il m'était adjoint cinq médecins japonais, venus directement de Nagasaki où ils étaient, me dit-on, passés maîtres en leur art, en vertu des leçons qu'ils avaient reçues des médecins hollandais. Mon service devait consister en trois heures de clinique ou consultation, et en deux heures de leçons chaque jour, excepté les dimanches et les jours fériés du calendrier japonais. Les leçons devaient porter sur les matières qui me seraient demandées par les médecins japonais, à l'usage d'une trentaine d'élèves. Il résultait de cet arrangement que je n'avais mes coudées franches que pour le traitement des malades, mais que la direction des

laire, tous purent se lever et marcher après trois à quatre jours de traitement. Néanmoins, la guérison ne pouvait être considérée comme acquise qu'à la condition de continuer le traitement pendant dix à quinze jours au moins, sans quoi les rechutes étaient presque inévitables; la raison en est simple; le médicament s'élimine rapidement, et il est rare qu'on en retrouve des traces dans les urines après trois à quatre jours; ce n'est que dans deux ou trois cas exceptionnels que j'ai encore retrouvé l'acide salicylique dans les urines le cinquième et le sixième jour; il ne faut donc pas compter sur une action prolongée du médicament.

6° *Rechutes.* — Il m'est arrivé parfois de supprimer le médicament à dessein; la rechute s'ensuivait; je prescrivais à nouveau le même traitement, et l'effet thérapeutique se produisait comme au début de l'attaque; sur 4 malades, j'ai vu ces alternatives se répéter trois fois, et toujours la guérison s'en est suivie en un ou deux jours. Je conclurai en disant que les rechutes sont nulles quand on continue la médication, qu'elles sont très-fréquentes si on supprime le traitement au bout de quatre à cinq jours, enfin, qu'on peut toujours les maîtriser par le même moyen thérapeutique.

Au début de mes essais, je prolongeais le séjour des malades à l'hôpital, pour observer la marche de la maladie; aujourd'hui, au bout de quelques jours, je leur permets de sortir, à la condition de continuer l'usage du médicament, que nous n'avons pas encore pu nous procurer d'une manière officielle, bien que l'abréviation de la durée du séjour des malades dans les salles constituât pour l'Assistance publique une véritable économie.

7° *Effets de la médication salicylique sur les complications.* — Une grave question s'agitait au début de ces essais; la médication salicylique exerce une influence favorable ou défavorable sur le développement ou sur la marche des complications ou des accompagnements si fréquents du rhumatisme articulaire. Tout d'abord mettons hors de cause l'anémie, qui est si fréquente à la suite du rhumatisme, surtout lorsqu'il se prolonge; il était naturel de supposer qu'en abrégeant la maladie, on empêcherait la production de ses effets débilitants, de son action dénutritive; c'est, en effet, ce qui a lieu; l'anémie rhumatismale manque totalement. Il s'agit surtout des lésions cardiaques qui accompagnent si fréquemment le rhumatisme. Lorsque les lésions valvuleuses préexistaient par suite d'attaques antérieures, les préparations salicyliques ne les modifiaient en aucune façon; dans plusieurs cas, voyant survenir la dyspnée d'une part, et l'œdème d'autre part, j'avais pu conce-

---

études n'était pas de mon ressort. Connaissant la manie vaniteuse qu'ont les Japonais de se faire et d'imposer des programmes à tort et à travers, je m'attendais bien à ce qu'ils allaient s'écarter de mes intentions, qui étaient de commencer par le commencement, c'est-à-dire par les sciences dites accessoires, et par l'anatomie si faire se pouvait. Mais j'avoue que je fus réellement surpris quand ils me demandèrent de commencer un cours de physiologie. Selon leur habitude en toutes choses, ils aimaient mieux commencer par la fin, sous prétexte d'arriver plus vite au but. C'eût été peine perdue que d'essayer de leur démontrer la grande absurdité de leur demande, en leur exposant que les élèves n'étaient pas en état de comprendre quelque chose à un cours de physiologie, alors qu'ils n'avaient aucune instruction première ni aucune teinture de sciences physiques et naturelles, ni d'anatomie.

Je fus donc obligé de commencer ce qu'il plaisait aux Japonais d'appeler un cours de physiologie, sans autre ressource qu'un squelette, un atlas d'anatomie allemand et un tableau noir. Un interprète, aussi ignorant que les élèves, était censé leur traduire mes explications, dont il ne comprenait pas lui-même un traître mot. Après quatre mois de cet exercice aussi ridicule qu'inutile, mes Japonais comprirent probablement d'eux-mêmes l'inanité de leurs prétentions à comprendre quelque chose à la physiologie, et ils s'avisèrent alors de me demander de faire alternativement des leçons de physique et de chimie. Bien que ces sciences ne fussent guère mon fait, je pouvais toujours en enseigner quelque chose à des gens qui n'en avaient aucune idée, et je m'exécutai aussitôt. Mais, naturellement, comme ce genre de leçons n'avait pas été d'abord compris dans le programme de l'année, il n'y avait ni laboratoire ni instrument d'aucune sorte, et je me trouvai réduit encore une fois à mon tableau noir.

Je ne tardai pas à m'apercevoir que la physique et la chimie n'étaient guère plus compréhensibles pour mes élèves que la physiologie. Je me demandais si cela ne tenait pas beau-

voir la crainte d'une influence nuisible de la médication sur la marche de la maladie cardiaque; mais on eût beau supprimer l'usage du médicament, les mêmes phénomènes persistèrent, et ne purent, par conséquent, être attribués à la médication.

Dans une autre catégorie de faits (3 cas), l'endocardite existait récemment, c'est-à-dire depuis l'attaque rhumatismale elle-même; la médication n'enraya point le cours de l'affection cardiaque, ne l'aggrava non plus en aucune façon.

Dans une troisième catégorie de malades, qui entrèrent à l'hôpital dans les trois premiers jours de la maladie, je ne vis pas se développer un seul cas d'inflammation, soit du péricarde, soit de l'endocarde; il était logique de supposer qu'en jugulant la maladie articulaire, terme consacré par M. Bouillaud, on préviendrait l'envahissement des membranes du cœur; ainsi, si le traitement est institué d'emblée, on peut espérer la localisation, la limitation de la maladie aux sinus séreux articulaires; toutefois, je dois mentionner quelques faits contraires qui ont été observés en Allemagne, et qui semblent mettre en doute l'immunité du cœur; mais ces observations ne sont pas correctes; elles n'indiquent pas la durée de la maladie avant l'institution du traitement.

Je résume cette importante question, en disant que le salicylate de soude est de nul effet sur les lésions préalables du cœur, et qu'employé au début de la maladie, il peut empêcher l'envahissement des séreuses internes.

8° *Durée de la maladie par la médication salicylique.* — La durée de la maladie est singulièrement abrégée par la médication salicylique. En deux ou trois jours les douleurs, le gonflement des jointures, la fièvre, tout est terminé.

Or, ici il ne s'agit plus de séries heureuses; tous les malades indistinctement (52) ont bénéficié de l'immense avantage de l'abréviation de la maladie; je sais à l'avance les objections de certains savants, rebelles à tout progrès comme à toute démonstration rigoureuse. On dira : La maladie est ondoyante et diverse; on rappellera les déceptions causées par les médications tant vantées et si vite oubliées; on invoquera les bienfaits de l'expectation et le désespoir des médecins qui ont fini par se réfugier dans le petit-lait. Ma réponse est dictée par cette sage réflexion d'un de nos grands cliniciens, de Chomel, qui demandait, pour être convaincu, qu'on lui montrât 30 à 40 malades guéris en quatorze jours; — j'en montre 51 sur 52, guéris en deux à trois jours.

Voulez-vous juger d'ailleurs des séries? — Voici un médecin distingué et non

---

coup à l'absence d'expériences et de manipulations pratiques, qui ont le grand avantage de frapper l'imagination des débutants et de graver les faits dans leur mémoire. Aussi, pour éclairer mes doutes et encore pour tâcher de leur donner une idée exacte des corps gazeux, dont ils n'avaient qu'une idée très-confuse, je m'ingéniai pour préparer sous leurs yeux quelques-uns des plus usuels, comme l'oxygène, l'hydrogène, etc. Mais ce fut à peu près en pure perte; ce qu'ils trouvaient de plus intéressant, c'était de voir le dégagement des bulles de gaz; car, comme les gaz étaient incolores, il leur paraissait toujours qu'il n'y avait que de l'air dans les flacons; pour les convaincre du contraire, je fis détoner une éprouvette pleine d'hydrogène; mais je vis qu'ils trouvaient la démonstration trop bruyante, et je m'en tins aux démonstrations au tableau noir.

Pour ma part d'enseignement, l'année se passa donc à faire des leçons de physiologie, de physique et de chimie, dans les plus mauvaises conditions, à des élèves hors d'état d'en retirer aucun bénéfice. Quant au chef des médecins japonais, pour se donner un air capable, il voulut aussi faire le professeur et enseigner l'anatomie. Cela se borna à démontrer le squelette et à en distribuer les différents os aux élèves; ceux-ci passaient leur temps à les retourner dans tous les sens et à les comparer aux dessins qui se trouvaient dans quelques livres d'anatomie, recueillis au hasard, américains, allemands, hollandais. Si, à la fin de leur année, ces jeunes gens ne connaissaient pas l'ostéologie, ce n'était certainement pas faute de n'avoir pas assez manié les os du squelette. Quant aux dissections, il n'en fut jamais question, et, du reste, il n'y avait rien d'installé pour cela. Une seule fois on apporta le cadavre d'un supplicié par décapitation; on me demanda d'abord de faire sur ce corps quelques démonstrations de médecine opératoire; puis je n'en entendis plus parler. Les élèves n'assistaient jamais aux consultations ni à la visite des malades; seulement, sans doute pour satisfaire leur

prévenu, Lebert, qui, sur une statistique de 108 cas, en trouve 10 ayant duré de cinq à quinze jours, 58 de seize à trente-cinq jours, 40 de trente-six à cinquante-cinq jours et au delà ; donc 10 sur 108 ont guéri en cinq et quinze jours ; 98 ont attendu leur guérison 36 jours en moyenne.

9° *Comparaison avec les autres méthodes de traitement.* — Parmi ces méthodes je trouve tout d'abord la méthode antiphlogistique, qui certainement abrégeait le plus, au dire de M. Bouillaud, la durée de la maladie, et on sait quel est l'avantage de *faire vite* en pareil cas ; or les cas les meilleurs dépassent en durée les cas les plus réfractaires de la médication salicylique.

Je ne parle pas du nitrate de potasse, de la digitale, du tartre stibié à haute dose, de la vératrine, de l'aconit, des antithermiques, en un mot de toute la série des antipyrétiques employés en pareil cas ; les statistiques qui s'y rapportent sont désastreuses au point de vue de la durée et même de la gravité de la maladie.

Y a-t-il de meilleurs résultats par les acides végétaux, et surtout par les alcalins si vantés en Angleterre, en Allemagne et même en France, comme action énergique, prompte et propre à prévenir les complications ? Il semble, d'après les médecins anglais (Dick, Chambers), que les alcalins aient diminué le chiffre des maladies concomitantes du cœur, jusqu'à l'abaisser à 5 pour 100.

Outre la méthode antipyrétique, outre les agents d'oxydation (acides et alcalins), on a vanté la méthode évacuante, sudorifique par le jaborandi, ou par son alcaloïde, la pilocarpine, que j'ai essayé plusieurs fois sans rien produire, si ce n'est une salivation générale, des vomissements fréquents, et une diaphorèse inutile.

Il me resterait à indiquer les médications calmantes par l'opium, ou la morphine en injection, le bromure de potassium, le chloral ; ce sont là des moyens palliatifs pour calmer les douleurs.

En tant que médications systématiques et douées de propriétés sédatives, je citerai le colchique, qui jouit d'une réputation plus méritée dans le traitement de la goutte, la propylamine, déjà vantée par Avenarius il y a vingt ans, et bientôt oubliée, malgré les belles expériences de Dujardin-Beaumetz, le cyanure de zinc préconisé par Lutton ; l'acide phénique dilué au millième, injecté sous la peau, et qui, d'après Kunze et Senator, produit immédiatement la sédation ; de ces médications qu'on pourrait appeler analgésiantes, le traitement par le sulfate de quinine est le seul qui soit, et à juste titre, resté dans la science.

Or, en lui comparant le salicylate de soude, je constate que si le sulfate de qui-

---

curiosité, on leur permit d'assister à trois ou quatre opérations qu'on jugeait intéressantes, telles que : extirpation de tumeur du sein, section du tendon d'Achille, opération de cataracte, etc.

Voilà donc à quoi se réduisit l'enseignement donné à l'hôpital de Niigata, et quels furent les moyens mis à ma disposition. Aussi, quelque peu découragé, je préférai les fonctions de médecin d'un grand établissement industriel du gouvernement, fonctionnant sous la direction d'un personnel français, et je me gardai d'accepter les propositions du gouverneur de la province voisine d'Akita, qui m'offrait d'aller recommencer dans son chef-lieu ce que je venais de faire à Niigata ; j'étais alors trop bien édifié sur la manière dont les autorités provinciales entendaient l'enseignement de la médecine. Un médecin hollandais me remplaça dans mes fonctions ; j'eus occasion de le voir l'année suivante, et il m'assura qu'il n'y avait rien eu de changé dans le système d'enseignement ; que, comme moi, il trouvait ne devoir amener aucun bon résultat. Et, cependant, il faut remarquer que les élèves qui ont pu recevoir de médecins européens les leçons dont il vient d'être question, ont été les plus favorisés et sont relativement en petit nombre ; quant aux autres, ils ont dû se contenter de quelques leçons de leurs compatriotes censés avoir appris quelque chose. Et voilà comment se sont formés et recrutés, en très-peu d'années, les cinq mille et quelques médecins qui pratiquent soi-disant à l'européenne. Le gouvernement lui-même semble les trouver très-suffisants, et les médecins de tout grade des armées de terre et de mer proviennent de cette catégorie.

Pour dire la vérité tout entière, je n'ai jamais été bien convaincu que la création, dans les provinces, d'Ecoles de médecine plus qu'insuffisantes, eût pour but unique l'instruction à donner aux élèves. Je crois, et, pour quelques cas particuliers je suis certain, que le but principal était une affaire de spéculation et de lucre pour les fonctionnaires et médecins japo-

nine diminue les douleurs comme le salicylate, il le fait lentement et au prix d'une véritable intoxication. Il abaisse davantage et plus sûrement la température et le pouls; mais son action, qui est surtout antifébrile, ne saurait se comparer à l'effet prompt, décisif et inoffensif du salicylate.

Rhumatisme musculaire aigu. — Nous avons vu chez deux malades une contracture douloureuse des muscles du cou céder en deux jours, sous l'influence de la médication salicylique; dans un autre cas, caractérisé par des douleurs musculaires généralisées et fébriles, datant déjà de quinze jours, et ayant produit une roideur douloureuse des membres, ainsi que du tronc, la même médication réussit complétement, et d'une manière définitive, en deux jours.

J'ai observé également des effets favorables, par le même traitement, dans deux cas de lumbago, dont la cause parut difficile à déterminer.

Rhumatismes ou arthrites blennorrhagiques.— Les affections articulaires connues sous le nom de rhumatismes ou d'arthrites blennorrhagiques, ou de synovites blennorrhagiques, ne nous ont pas paru se modifier d'une manière notable par la médication salicylique, et bien que Léonhart-Aster cite un cas de guérison, nous ne pouvons établir une influence réelle du médicament sur ces lésions ordinairement peu douloureuses, et caractérisées surtout par des hydarthroses, des roideurs musculaires, des inflammations tendineuses.

Diverses affections rhumatismales; chorée. — Il était naturel, à cause des liens étroits qui unissent la chorée au rhumatisme, de tenter l'application de la médication salicylique à la chorée rhumatismale; mais, en traitant ainsi trois choréiques, nous nous sommes aperçus bien vite que le médicament n'a pas de prise sur la chorée. J'en dirai autant de toutes les affections rhumatismales qui ne sont pas le rhumatisme articulaire, musculaire ou névralgique.

(A suivre dans un prochain numéro.)

Concours. — L'Administration des hospices civils de Saint-Étienne (Loire) fait savoir que, dans le courant du mois d'avril 1878, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin.

Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical; il durera cinq jours, et se composera de cinq épreuves.

S'adresser pour les conditions du concours, qui seront ultérieurement affichées, aux secrétariats des hospices de Lyon et de Saint-Étienne.

---

nais. Car il ne faut pas oublier que, au Japon comme dans beaucoup de pays asiatiques, l'arbitraire des fonctionnaires peut aller très-loin en fait d'administration des deniers publics.

En résumé, à l'exception de l'Ecole de Yedo, qui est toute récente, il n'y a jamais eu au Japon un établissement sérieux et suffisant pour l'enseignement de la médecine; d'où il résulte que la totalité des médecins qui exercent maintenant, soit à la chinoise, soit à l'européenne, n'offrent aucune garantie de capacité; il n'existe aucune sorte de diplôme. A propos de diplôme, on m'a raconté le fait suivant, concernant les sommités médicales de la capitale, et investies par le gouvernement de hautes fonctions professionnelles tant à la cour que dans les administrations publiques; il paraîtrait que ces personnages avaient eu l'idée de se réunir en une sorte de Société savante ou d'Académie, et de s'arroger le droit de donner des diplômes pour l'exercice de la médecine; mais, comme on leur fit observer qu'ils n'avaient pas eux-mêmes de diplôme et qu'il leur était difficile de garantir la capacité des autres, alors que rien ne garantissait leur propre capacité, l'affaire n'eut pas de suite.

(A suivre.)

Dr Vidal,
Médecin de l'arsenal impérial maritime de Yokoska (Japon).

Anthropologie. — Le ministre du commerce a adressé à toutes les puissances une circulaire pour les informer qu'il a décidé d'affecter les galeries centrales du palais du Trocadéro à une exposition de sciences anthropologiques qui aurait lieu en même temps que l'Exposition universelle de 1878.

PHYSIOLOGIE

PHYSIOLOGIE DES SONS DE LA PAROLE;

Mémoire lu à la Société de linguistique de Paris, dans le courant des mois de mai et juin 1877,

Par le docteur Édouard FOURNIÉ,

Médecin de l'Institution nationale des sourds-muets.

Les relations nécessaires qui existent entre la linguistique et la physiologie sont de même nature que celles qui existent entre cette dernière et la psychologie. A la linguistique comme à la psychologie, la physiologie doit fournir la connaissance des conditions dans lesquelles se développe l'objet même dont elles s'occupent. A la première, elle doit fournir les lois qui président à la formation des sons parlés; à la seconde, elle doit montrer le développement et les relations réciproques des faits qui entrent comme éléments dans la constitution de l'édifice intellectuel.

L'utilité, la nécessité de l'intervention de l'élément physiologique dans ces deux sciences n'est pas douteux. Nous n'en voulons d'autre preuve que les incursions fréquentes des psychologues dans le domaine de la physiologie, et le soin tout particulier que mettent quelques linguistes à résoudre le problème physiologique de la formation des sons parlés.

Cette utilité bien définie, et limitée au seul point de la formation physiologique des lettres, vous explique pourquoi, Messieurs, j'ai brigué l'honneur de prendre la parole devant vous.

Je diviserai cette lecture en deux parties fondamentales : dans la première, je m'occuperai de la formation des sons de la voix; dans la seconde, j'exposerai les lois de la formation des lettres.

I. — Formation des sons de la voix.

La voix est un son produit par le larynx, sous l'influence du passage de l'air dans l'espace que limitent les rubans vocaux rapprochés l'un de l'autre.

Depuis longtemps, on savait que le larynx est l'organe de la voix; mais, jusqu'à ces derniers temps, on ne connaissait pas la partie de cet organe qui fournit réellement les vibrations sonores, et par conséquent la manière dont le son est produit.

Les uns assimilaient le larynx, — au point de vue de la formation des sons, — à une flûte; les autres, à un hautbois; les autres, à un violon. Ce n'est qu'en 1866, après des expériences nombreuses et avec l'aide du laryngoscope, que nous sommes parvenu à fixer la science sur ce sujet, en démontrant que le larynx ne ressemble qu'à lui-même quant à la nature du corps vibrant et quant au mécanisme de la production des sons (1).

Sans entrer ici dans des détails trop minutieux, nous donnerons néanmoins une idée suffisante de la formation de la voix humaine.

Immédiatement en arrière et au-dessous de la langue, et au niveau de la saillie extérieure qu'on appelle *pomme d'Adam*, le conduit de la gorge se bifurque pour former deux canaux placés verticalement au devant l'un de l'autre. Celui qui est en arrière porte le nom d'œsophage et conduit les aliments dans l'estomac. Celui qui est en avant porte le nom de tube aérien, et conduit l'air aux poumons.

Au niveau de la *pomme d'Adam*, ce dernier tube s'élargit en forme d'entonnoir, et c'est dans cet entonnoir, constitué par des cartilages mobiles les uns sur les autres, que se trouve l'organe essentiel des sons, c'est-à-dire le corps vibrant. L'entonnoir lui-même porte, dans son ensemble, le nom de *larynx;* il est mis à l'abri de la pénétration des aliments et des boissons par un opercule mobile, placé à sa partie supérieure, qu'on désigne sous le nom d'épiglotte; par sa partie inférieure, il se continue avec la trachée et les bronches.

Le corps vibrant de la voix est constitué par deux cordons aplatis, placés de champ en regard l'un de l'autre, et soudés par leur bord externe sur les côtés de l'entonnoir. Ces rubans sont ce qu'on appelle *rubans vocaux* ou cordes vocales.

Les rubans vocaux laissent entre eux, sur la ligne médiane, un espace libre à travers lequel l'air peut passer. Cet espace peut s'agrandir, se rétrécir et arriver à l'occlusion complète, grâce à la mobilité de la paroi postérieure de l'entonnoir, sous l'influence de la contraction musculaire.

On devine déjà que c'est l'air, en passant à travers cette fente circonscrite par les rubans, qui provoque la formation des sons de la voix. Sans nul doute. Mais là précisément se trouvait la difficulté. Est-ce l'air qui sonne, comme dans la flûte? Sont-ce les rubans vocaux, au con-

(1) *Physiologie de la voix et de la parole,* par le docteur Éd. Fournié. Adrien Delahaye, éditeur. Paris, 1866.

traire, qui fournissent les vibrations sonores? Les physiologistes étaient partagés sur ce point. Les uns, avec M. Longet, professaient la première opinion; les autres, avec M. Müller, adoptaient la seconde.

Ces deux opinions, même au premier abord, ne nous parurent pas acceptables. Les sons de la voix, en effet, présentent quelque chose de plus matériel que le son de la flûte, et, d'un autre côté, il nous répugnait d'accorder des vibrations convenables à un cordon très-court, épais comme une petite plume d'oie, et libre seulement par un seul de ses bords. Ces conditions sont incompatibles avec la production d'un son convenable, et, à plus forte raison, avec la production des sons si nombreux et si purs de la voix humaine. La vérité n'était pas là; il fallait la chercher.

Après des recherches et des expériences que nous passerons sous silence, nous trouvâmes le secret de la théorie de la voix dans la constitution même des rubans vocaux. On savait que ces rubans sont essentiellement constitués par un muscle tendu d'avant en arrière; on savait que ce muscle est entouré d'une membrane fibreuse très-résistante et d'un blanc nacré; on savait, enfin, que la membrane muqueuse du tube aérien recouvre le tout, laissant voir, grâce à sa transparence, la couleur blanche de la membrane fibreuse. On savait tout cela; mais on ignorait le point essentiel. On ignorait que, sur le bord libre des rubans vocaux, la muqueuse est à peine unie à la fibreuse sous-jacente, et que, se détachant du bord des rubans sous l'influence du passage de l'air, c'est cette muqueuse elle-même qui fournit les vibrations sonores.

D'après cela, le son vocal se produirait, dans le larynx humain, selon un procédé analogue à celui que l'on emploie pour obtenir un son plus ou moins pur en faisant passer l'air entre les lèvres rapprochées l'une de l'autre. Ici c'est également la muqueuse qui se détache et qui vibre entre les lèvres rapprochées. La supériorité des sons vocaux sur ceux obtenus par les lèvres tient à ce que, dans le premier cas, l'organe a été organisé spécialement pour la production des sons; tandis que, dans le second, la production des sons est un pur accident.

Entre autres preuves de la production du son de la voix par le repli muqueux, dont nous venons de parler, nous indiquerons la plus péremptoire. Nous avons enlevé sur plusieurs larynx de cadavres, que nous faisions parfaitement sonner, le repli en question, et après cette suppression, il nous était impossible d'obtenir aucun son. D'ailleurs, s'il n'en était pas ainsi, et si l'on pensait, comme on l'a cru jusqu'à présent, que les sons vocaux sont fournis par la vibration de la totalité des rubans vocaux, comment pourrait-on expliquer qu'il suffit d'un petit refroidissement pour altérer ou anéantir les sons de la voix? Comment admettre qu'une cause légère puisse altérer assez profondément un organe aussi fortement constitué qu'un ruban vocal pour anéantir sa fonction? Cela n'est possible que dans certains cas bien déterminés. Au contraire, on comprend facilement qu'un refroidissement, une émotion, un traumatisme léger, puissent altérer ou réduire à l'impuissance une membrane délicate, fine, transparente et tout à fait identique à celle qui recouvre le blanc de l'œil.

L'importance fondamentale du repli muqueux dont nous venons de parler, dans la formation de la voix, nous a inspiré l'idée de lui donner un nom : nous lui avons donné celui de *membrane vocale*. Nous espérons qu'il le conservera. Lorsque nous voulons émettre un son, nous rapprochons les rubans vocaux l'un près de l'autre, de manière à ne laisser entre eux qu'une petite fente dans laquelle la *membrane vocale* vient vibrer sous l'influence du passage de l'air. Telle est la théorie de la formation du son de la voix.

Mais par quel mécanisme se produisent les sons si variés de nuance et de tonalité de la voix humaine? Pour obtenir ces variations dans les instruments de musique, le procédé est très-divers : dans les flûtes, on augmente ou on diminue la masse d'air vibrante au moyen des trous, en même temps qu'on augmente ou qu'on diminue la longueur de l'anche aérienne; pour le violon, on augmente ou on diminue avec les doigts la longueur de la corde vibrante; pour les harmonicas, on augmente ou on diminue la longueur de l'anche métallique, etc., etc. A chacun de ces instruments correspond un procédé particulier. Pour le larynx humain, nous ne trouvons pas un procédé unique; nous trouvons réunis les procédés les plus efficaces pour modifier les sons, et combinés entre eux avec un art si merveilleux qu'on reste stupéfait de la simplicité du mécanisme.

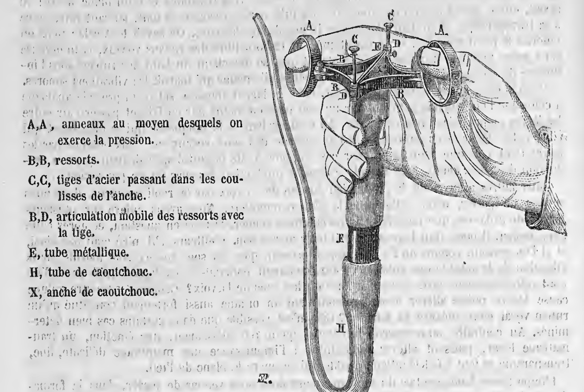
Les rubans vocaux, bordés sur leur côté libre par la membrane vocale, représentent une anche membraneuse. C'est par les diverses modifications de cette anche dans le sens de la longueur et par sa tension variable que les différents tons sont produits. Tantôt cette anche, qui mesure en moyenne 2 centimètres, diminue peu à peu de longueur, jusqu'au point de n'offrir qu'une ouverture d'un demi-centimètre, et on comprend qu'à chaque longueur différente corresponde un ton différent. Tantôt c'est la tension des bords de l'anche qui, de 0 degré, peut monter jusqu'à 10 degrés. Ici, encore, nous avons des tons différents correspondant à chaque degré de tension.

Les variations dans la longueur de l'anche et les variables tensions de cette dernière sont

donc les procédés essentiels de la formation des tons. Mais on se ferait une idée fausse du mode d'actions de ces procédés si on pensait qu'ils agissent isolément dans toutes les circonstances. Habituellement leur action est simultanée, et de telle façon, qu'une modification à peine appréciable dans l'économie de l'anche vocale suffit pour faire varier le ton.

Pour rendre ces actions visibles à l'œil, nous avons cherché à reproduire aussi exactement que possible le merveilleux organe de la voix, et nous avons donné à notre instrument le nom de *larynx artificiel.*

Cet instrument est essentiellement constitué par une anche de caoutchouc, analogue, quant à ses dimensions, à l'anche vocale. Pour produire les deux actions qui président à la formation des tons, c'est-à-dire pour obtenir l'occlusion progressive de l'anche, et, en même temps, la tension des bords de l'anche, nous avons fixé aux deux extrémités de l'anche quatre ressorts concaves qui s'unissent deux à deux de chaque côté de l'anche, et se terminent à leur point de jonction par un anneau. Le fonctionnement de cet appareil est fort simple.



A,A, anneaux au moyen desquels on exerce la pression.

B,B, ressorts.

C,C, tiges d'acier passant dans les coulisses de l'anche.

B,D, articulation mobile des ressorts avec la tige.

E, tube métallique.

H, tube de caoutchouc.

X, anche de caoutchouc.

Au moyen du pouce et de l'index introduits dans les deux anneaux, on exerce une pression sur les ressorts; cette pression a pour effet d'écarter l'une de l'autre les tiges d'acier sur lesquelles ils sont fixés, et, par conséquent, de tendre l'anche dans le sens de sa longueur; mais cette tension n'est pas le seul effet obtenu : sous l'influence de la pression, les ressorts opposés se rapprochent par leur convexité, et à mesure que la pression augmente, leur courbure diminue, et ils arrivent au contact dans une plus grande étendue de leur surface. C'est ainsi qu'ils parviennent à effectuer progressivement l'occlusion de l'anche, et l'on obtient, par une même action, les deux effets que nous avons vus concourir à la production de toutes les notes que l'on peut retirer d'une anche membraneuse. La tension et l'occlusion progressive de l'anche sont obtenues simultanément par une simple pression des doigts; et cette pression est d'autant plus faible et plus insensible, qu'elle donne naissance à deux actions capables toutes deux de modifier les sons.

A peine est-il besoin d'ajouter que, pour faire sonner l'anche, il faut pousser de l'air à travers le tube R, après l'avoir adapté à une soufflerie.

Il existe, entre l'instrument que nous venons de décrire et l'instrument vocal, de nombreuses analogies; mais la plus frappante est celle que nous allons signaler. Nous avons donné à l'orifice de l'anche de caoutchouc une longueur égale à celle de l'orifice glottique, et bien que les substances soient différentes, nous avons obtenu avec notre instrument les mêmes notes qui composent les différents registres de la voix. Nous n'avons remarqué de différence que dans l'émission des notes basses; car, avec l'anche de caoutchouc, nous n'avons jamais pu descendre au-dessous du *la*², tandis que l'organe vocal peut descendre jusqu'au *do*¹. Nous attribuons ces résultats à la constitution différente des membranes vibrantes. Il résulte, en

effet, de la constitution humide de la membrane vocale, qu'elle peut fournir des notes plus graves.

Les sons que l'on obtient avec le larynx artificiel ont le caractère des sons d'anche; ils sont un peu criards; mais nous sommes parvenu à modifier ce timbre désagréable au moyen d'un tuyau sonore convenablement adapté. Cet instrument ainsi modifié fait partie d'une machine parlante que nous construisons en ce moment, et que nous aurons l'honneur de présenter à la Société dès qu'elle sera terminée.

Le mécanisme que nous venons d'indiquer fait disparaître toute hésitation en ce qui concerne la nature et la formation des sons de la voix humaine. Le larynx est un instrument assimilable aux anches membraneuses, quant à la nature et à la production des sons; mais il n'est comparable à aucun autre quant au mécanisme de la production des tons. Ici la nature s'était réservée le secret de faire mieux et plus simplement que ne le fait l'industrie humaine.

Les sons produits par les rubans vocaux possèdent un timbre fort peu agréable, analogue d'ailleurs à tous les sons d'anche. Cependant il n'est pas de son plus harmonieux à nos oreilles que celui de la voix humaine. Cela tient à ce que le son laryngien va retentir, résonner dans une cavité dont le timbre propre modifie celui des rubans vocaux. Cette cavité, désignée sous le nom de *tuyau vocal*, est constituée par les parties qui, du larynx, s'étendent jusqu'aux orifices du nez et de la bouche. Cette cavité présente pour nous un intérêt plus grand encore. C'est par ses variables modifications qu'elle donne naissance aux sons caractéristiques de la parole. Nous lui consacrerons donc une courte description.

Tuyau vocal. — Le tuyau vocal est constitué d'abord par l'entonnoir laryngien dans lequel les vibrations des rubans vocaux s'épandent tout d'abord; puis par le pharynx, qui est limité en avant par la face postérieure de la langue et en arrière par la colonne vertébrale; puis, enfin, ce tuyau se termine par un double canal représenté d'un côté par la bouche, et, de l'autre, par les fosses nasales.

Dans le point où le pharynx se bifurque pour donner naissance à la bouche et aux fosses nasales, nous trouvons un voile charnu, le voile du palais, qui remplit dans l'émission de la parole l'office d'une véritable soupape. Selon qu'il s'abaisse ou s'élève, sous l'influence de la contraction musculaire, ce voile peut ouvrir ou fermer l'étroit passage qui fait communiquer le fond de la gorge avec la cavité du nez. Grâce à lui, le son laryngien peut résonner exclusivement, soit dans la bouche, soit dans les fosses nasales, soit dans les deux cavités à la fois.

Le tuyau vocal exerce dans la formation de la parole une influence de premier ordre. C'est dans cette cavité, en effet, que les sons de la voix, ou simplement le souffle, reçoivent les modifications de timbre qui caractérisent les lettres. Ce sont ces modifications que nous allons étudier.

II. — De la formation des voyelles.

La formation des lettres, comme celle des sons de la voix, a été, de temps immémorial et surtout dans ces derniers temps, l'objet d'études approfondies. Grammairiens, physiciens, physiologistes, ont uni leurs efforts pour résoudre une question si intéressante. Malheureusement, toutes les fois que la solution d'un problème réclame l'intervention de plusieurs sciences spéciales, peu d'hommes réunissent l'ensemble des conditions nécessaires pour conduire cette solution à bonne fin. Le physicien, par exemple, très-compétent pour nous faire connaître la valeur musicale des sons, peut s'acquitter de ce soin avec un talent remarquable, mais il ne tarde pas à compromettre son œuvre dès qu'il veut entrer dans le champ de la physiologie. C'est ainsi que M. Helmoltz, dont les expériences sont si précieuses, tant qu'il ne s'agit que de caractériser physiquement les sons, se perd dans des hypothèses inadmissibles dès qu'il s'agit des conditions physiologiques de leur formation. Comment admettre, en effet, avec ce savant éminent que la formation des sons est différente dans la voix parlée et dans la voix chantée? Une observation mal faite ou insuffisante peut seule inspirer cette idée que, dans la voix parlée, *les rubans vocaux s'entre-choquent et produisent le son d'après le système des anches battantes* (1).

Le grammairien se trouve dans une situation plus critique encore, car, à des connaissances spéciales fort étendues, il doit joindre celles du physicien et du physiologiste. Aussi, à côté de résultats quelquefois très-remarquables, nous trouvons des points faibles qui déparent tout un système.

Le physiologiste, lui, se trouve mieux placé que les autres, car, pour résoudre les problèmes dont il s'occupe, il est tenu d'être physicien et quelque peu grammairien. Cependant, il faut l'avouer, les travaux des physiologistes sur le sujet qui nous occupe sont loin d'être complétement satisfaisants.

C'est ainsi, par exemple, que J. Mueller, dont les travaux sur la voix et la parole ont fait auto-

(1) Helmoltz. *Théorie physiologique de la musique*, trad. de M. Gueroult, p. 137.

rité pendant longtemps, se laisse entraîner par l'idée que les éléments de la parole doivent être étudiés dans le *chuchotement*, et il part de là pour édifier son système des voyelles muettes et des consonnes muettes et non muettes. Il faut noter que J. Mueller avait cru nécessaire de faire précéder l'exposition de son système des paroles suivantes : « C'est à la physiologie qu'il appartient de rapporter les sons de la parole à un système naturel. Les tentatives des grammairiens à cet égard ont échoué parce qu'ils avaient établi leur classification sur des qualités qui ne sont point essentielles (1). » Cette critique nous paraît très-juste, mais elle s'applique plus particulièrement à la théorie physiologique de Mueller lui-même.

Ne pouvant pas nous livrer ici à une critique détaillée, nous nous bornerons à dire d'une manière générale que le problème de la formation de la parole a été mal posé.

Tout est ordre dans l'organisme et soumis à des lois. Les physiologistes, préoccupés surtout de la question du mécanisme de la formation des lettres, ont trop oublié sur ce point que la connaissance des lois qui régissent les phénomènes doit être le but suprême des recherches physiologiques. Si, au lieu de se borner à expliquer la formation des lettres, ils eussent recherché les lois qui président à cette formation, nul doute qu'ils n'aient découvert la vérité. Toutes les critiques que nous pourrions faire se résument dans celle-là. Nous n'en dirons pas davantage, et nous nous appliquerons, dans ce qui va suivre, à faire connaître les lois qui président à la formation des lettres.

Et d'abord établissons ce fait, que le larynx fournit la matière sonore et nullement les caractères qui distinguent si bien les sons de la parole des autres sons. Le larynx, en effet, fournit des sons qui peuvent être forts ou faibles, bas ou élevés, continus ou intermittents. Ces caractères se trouvent bien dans l'émission de la parole, mais ils ne caractérisent pas la parole, car tout mot peut être indistinctement revêtu de ces caractères sans rien perdre ou sans rien ajouter à ses propriétés spécifiques.

Ce n'est donc point dans le larynx qu'il faut chercher les caractères propres des sons parlés. Le larynx fournit simplement la matière sonore. Le tuyau vocal, par les diverses modifications qu'il imprime à cette matière, tel est le lieu où nous devons trouver les caractères distinctifs des sons parlés. Mais ces caractères, en quoi consistent-ils? Sont-ils le résultat d'une modification de la tonalité? Non certes. Le tuyau vocal n'est pas suffisamment long pour modifier distinctement le ton. Nous venons de voir d'ailleurs que le ton est un caractère insuffisant. Sont-ils une modification de l'intensité? Ce caractère est plus insuffisant encore. Il ne nous reste donc plus que le timbre, car les sons ne peuvent être caractérisés que par leur intensité, leur tonalité ou leur timbre.

Le timbre, en effet, est un des éléments qui concourent à la formation des lettres. Mais chacune des parties qui constituent l'organe vocal ayant un timbre propre, il s'agit de savoir laquelle de ces parties fournit le timbre spécifique. Les rubans vocaux possèdent un timbre tout spécial très-caractéristique, c'est le timbre *anché*. Mais ce timbre se trouve profondément modifié par le timbre propre du tuyau vocal, et de telle façon que, dans la question qui nous occupe, nous n'avons à tenir compte que de ce dernier. Le timbre du tuyau vocal, tel est l'élément modifiable et suffisamment caractérisé dans ses modifications qui fournit une des caractéristiques des sons parlés.

Depuis bien longtemps on a donné aux lettres qui sont caractérisées physiquement par un timbre de voix spécial le nom de *voyelles*. Mais ce n'est que depuis les travaux de Willis, Weasthone, et surtout de M. Helmoltz, que ce caractère a été bien déterminé, analysé et défini (2). Nous laisserons de côté les caractères purement physiques du son voyelle pour nous occuper exclusivement des caractères physiologiques.

Des sons voyelles. — Au point de vue physiologique, les sons voyelles sont caractérisés par certaines dispositions des parties du tuyau vocal circonscrivant une cavité dans laquelle les sons laryngiens viennent revêtir le timbre propre à chaque voyelle. Pour voir les choses telles qu'elles sont, il faut considérer non-seulement la cavité circonscrite, mais encore la forme et les dimensions de l'orifice à travers lequel s'écoule le son modifié.

En effet, c'est en passant à travers cet orifice que le timbre de la cavité résonnante complète les caractères propres à la voyelle émise. Ainsi, par exemple, c'est à la disposition de la partie moyenne de la langue en regard du palais qu'est due la cavité propre au timbre de la

(1) J. Mueller. *Manuel de physiologie,* t. II, p. 245.

(2) La démonstration des éléments qui constituent le timbre en général ne remonte qu'à quelques années. Soupçonnés par Biot, ces éléments ne sont bien connus que depuis les travaux de Wheatstone, Donders, Helmoltz. D'après ce dernier, le timbre dépend de la forme des vibrations sonores, et conséquemment de l'existence et de l'intensité des sons accessoires aigus qui accompagnent un son donné. (Helmoltz. *Théorie physiologique de la musique,* p. 92. Traduit par G. Gueroult.)

lettre E; mais c'est en passant dans le canal formé par cette disposition des parties que le timbre de la cavité résonnante complète les caractères spécifiques de l'E.

Il suit de là que, dans l'étude de la formation des voyelles, nous ne devons pas négliger les parties qui concourent à former l'orifice à travers lequel s'écoule le son modifié par une cavité résonnante déterminée.

Le caractère que nous venons de signaler nous fait connaître la nature physiologique du son voyelle. Il en est un autre dont l'importance n'échappera à personne, et qui sert à distinguer essentiellement le son voyelle des autres éléments qui concourent à la formation de la parole.

Considérant, en effet, que le son voyelle est un timbre particulier dû à une certaine disposition des parties du tuyau vocal, il s'ensuit que la disposition des parties, spéciale à chaque voyelle, ne saurait être changée sans faire perdre aux voyelles leur caractère distinctif. Par conséquent, nous pouvons dire que le son voyelle se distingue des autres éléments de la parole en ce que, pendant l'émission d'une voyelle, *l'immobilité des parties qui lui impriment son caractère spécifique est absolument indispensable.*

Après avoir caractérisé la nature du son voyelle et après avoir fourni les moyens de le distinguer de ce qui n'est pas lui, nous jetterons un coup d'œil sur les conditions générales de sa production.

Comme nous l'avons déjà dit, le son voyelle est une modification de timbre du son laryngien, et cette modification se produit dans le tuyau vocal. Or ce tuyau ne constitue pas une cavité uniforme; il se compose de la bouche, du nez, du pharynx, cavités fort différentes par leur volume et leur configuration. Il nous paraît donc utile d'examiner séparément la part qui revient à chacune de ces parties dans la production du timbre propre à chaque voyelle.

Cavité pharyngienne. — La cavité pharyngienne est la première qui présente au son vocal l'occasion de résonner. Cette résonnance, ce timbre spécial entre nécessairement pour quelque chose dans le timbre de toutes les voyelles, car ce n'est qu'après avoir résonné là que le son arrive dans les autres parties du tuyau vocal. La pharynx est limité en haut par la base de la langue et le voile du palais. Ce sont ces deux organes mobiles qui, en rétrécissant plus ou moins l'orifice de sortie de la cavité pharyngienne, donnent au timbre formé dans cette cavité les caractères d'un son éclatant, sombre ou étranglé. Le *parler* et le *chanter* de la gorge sont dus à une constriction trop grande de ces parties.

La cavité pharyngienne concourt évidemment à la formation de toutes les voyelles; mais ces dernières ne revêtent pas complétement leur caractère propre et distinctif dans cette cavité, comme quelques auteurs le prétendent.

Cavité nasale. — Les cavités nasales fournissent au son vocal une seconde et très-importante occasion de résonner. Mais, en général, on a mal interprété son influence sur la formation des voyelles. Ces cavités, formées de parois rigides, non modifiables par conséquent, ne fournissent qu'un seul timbre : le timbre nasal. Par conséquent, la cavité nasale pourrait tout au plus fournir une seule voyelle correspondant au timbre nasal. Cette voyelle n'ayant pas été notée, il n'y a pas, à proprement parler, de voyelle exclusivement nasale. Cependant, comme toutes les voyelles peuvent s'entourer, se vêtir de la résonnance nasale, on serait autorisé à dire, comme nous le ferons plus loin : voyelles à résonnance nasale ou *nasonnées.*

En dehors des cas spéciaux où la cavité nasale concourt à la formation de certaines voyelles, elle n'est pas absolument sans influence sur la qualité des sons vocaux. Bien que l'on puisse prononcer toutes les voyelles buccales en empêchant le son de pénétrer dans les fosses nasales par le redressement du voile du palais, il n'est pas moins vrai que, dans la pratique, dans le parler ordinaire, tous les sons de la parole sont plus ou moins accompagnés d'une légère résonnance nasale qui amplifie le son en le modifiant légèrement.

Cette modification est surtout appréciable lorsque, par suite d'un coryza, le son ne s'écoule plus facilement par les narines.

Dans cette dernière circonstance, la voix acquiert un timbre fort désagréable, qui est le timbre nasal *fermé*, ou *nasonnement.*

Le *nasonnement* est caractérisé par l'obstacle que le gonflement de la muqueuse du nez oppose à la sortie facile des sons parlés par les narines.

Le *nasillement* est un phénomène tout différent. Les sons prennent d'abord le caractère aigre, petit, étranglé, dans la bouche même, par une certaine disposition des parties, et se revêtent ensuite du caractère *nasillard*, en passant à travers les fosses nasales, rétrécies par un vice de conformation ou par une contraction volontaire.

Étant à Constantinople pendant la guerre de Crimée, nous avons constaté bien des fois que le chant habituel des Grecs est entièrement *nasillard.* Nous soulignons expressément le mot nasillard, parce que la langue grecque ne possède pas nos voyelles nasales ou nasonnées, comme quelques auteurs l'ont avancé.

Donc, le nasonnement et le nasillement ne doivent pas être confondus avec le timbre nasal.

Le premier est dû à un retentissement trop grand du son dans la cavité du nez; le second est une manière de parler ou de chanter particulière.

Le timbre nasal qui accompagne le parler ordinaire, loin d'être désagréable à l'oreille, est un des principaux motifs de l'exquise sonorité de la langue française. Nous avons même remarqué que, sur le théâtre ou dans le monde, les acteurs de tout genre savent communiquer une certaine émotion au son de leur voix en utilisant judicieusement ce timbre particulier.

Pour apprécier sainement le timbre qui nous occupe, et ne pas le confondre avec le *nasonnement* et le nasillement, il suffit de fermer la bouche et de faire passer le son par les narines. On aura ainsi le timbre nasal dans toute sa pureté. Mais, dira-t-on, le timbre ainsi obtenu ne rappelle en rien celui qui caractérise si bien les voyelles dites nasales : an, on, ein, eun. Rien n'est plus vrai, et c'est là où nous voulions en venir. Non, les voyelles nasales résonnent bien dans le nez; mais ce n'est pas ce résonnement qui les caractérise, comme on le professe généralement. Avant d'être voyelles nasales dans le nez, elles sont voyelles nasales dans la bouche, et c'est la manière dont elles sont formées dans cette dernière cavité qui leur communique le timbre *étranglé* qui les caractérise.

Nous dirons plus tard le procédé qui préside à leur formation, et ce que l'on doit entendre physiologiquement par voyelle nasale ou *nasonnée*.

En résumé, la cavité du nez est une boîte de résonnance qui amplifie le son vocal en le nuançant légèrement par son timbre propre. Mais, en aucun cas, cette cavité, à parois immobiles, ne modifie suffisamment le son pour donner naissance, par elle-même, à des timbres distincts ayant caractère de voyelles.

Cavité buccale. — La cavité buccale, voilà la véritable matrice des sons voyelles. Peu spacieuse, mais limitée de tous côtés par des parois mobiles : les lèvres, la langue, le voile du palais, elle peut prendre les formes les plus variées, et fournir ainsi au son vocal l'occasion de revêtir les timbres les plus divers. C'est dans la bouche, en effet, que se forment toutes les voyelles, sans exception. Les voyelles nasales elles-mêmes sont formées d'abord par une certaine disposition des parties buccales avant de se revêtir du timbre nasal auquel elles doivent leur nom.

La cavité pharyngienne, les fosses nasales et la bouche, sont les parties constituantes du tuyau vocal, de ce tuyau dans lequel se produisent les sons voyelles.

Après avoir établi les lois générales de la production des voyelles, nous allons passer au particulier, et rechercher les conditions immédiates qui président à leur formation. Dans cette recherche, nous ne saurions mieux faire que de nous laisser guider par les principes déjà établis.

Qu'est-ce donc qu'une voyelle? C'est un timbre particulier qui emprunte ses caractères distinctifs aux cavités variables que peuvent circonscrire les parties mobiles du tuyau vocal.

Nous devons donc nous préoccuper d'abord de signaler les parties qui, par leurs variables dispositions, circonscrivent des cavités particulières.

Au point de vue qui va nous occuper, la cavité buccale peut être divisée en six régions : 1° la région labiale; 2° la région linguo-palatine antérieure, 3° la région linguo-palatine latérale; 4° la région linguo-palatine moyenne; 5° la région linguo-palatine postérieure; 6° la région linguo-vélaire. Nous jetterons un coup d'œil rapide sur chacune de ces régions.

Région labiale. — Comme son nom l'indique, la région labiale est celle qui est limitée par les lèvres plus ou moins rapprochées. Cette région limite la plus grande longueur possible de tuyau vocal; elle contribue par conséquent à former la cavité la plus grande dans laquelle le son vocal puisse retentir.

Cependant, la région labiale ne fournit, directement et par elle-même, aucun timbre distinct portant le nom de voyelle. Nous verrons bientôt qu'elle contribue à la formation de plusieurs voyelles; mais, par elle-même, elle n'en représente aucune. Sa fonction essentielle consiste à modifier le timbre formé dans d'autres régions.

2° *Région linguo-palatine antérieure.* — En se rapprochant du palais, la partie antérieure de la langue limite une cavité un peu moins longue que la précédente, et qui s'étend de l'arcade dentaire supérieure à l'orifice du larynx. Cette région, désignée sous le nom de région linguo-palatine antérieure, ne fournit directement et par elle-même qu'un seul son voyelle : l'I.

3° *Région linguo-palatine latérale.* — Cette région n'avait pas été déterminée jusqu'à présent. Elle est caractérisée par une certaine disposition de la langue, qui se redresse de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à ce que sa pointe touche la partie moyenne de la voûte palatine. Dans ces conditions, le son laryngien s'écoule par les parties latérales de la langue, en revêtant un timbre particulier, qui ne porte un nom que dans une seule langue, — du moins à notre connaissance, — c'est l'I russe, comme dans Melò (savon).

4° *Région linguo-palatine moyenne.* — Dans l'intérieur de la bouche, la partie moyenne de

la langue se rapproche plus ou moins de la voûte palatine, et limite ainsi une cavité nouvelle dont le timbre spécial est l'E. C'est la région linguo-palatine moyenne.

5° *Région linguo-palatine postérieure.* — Cette région est limitée, d'un côté, par la base de la langue; de l'autre, par la portion du voile du palais qui s'insère à la voûte palatine. C'est à cette limite que se termine la cavité pharyngienne; c'est en ce point, par conséquent, que nous rattachons les résonnances pharyngiennes à la production desquelles contribue nécessairement le degré d'ouverture variable de la région qui nous occupe. L'A et l'E se forment dans cette région.

6° *Région linguo-vélaire.* — Le bord inférieur du voile du palais et la base de la langue fournissent, en se rapprochant l'un de l'autre, les conditions d'une cavité résonnante nouvelle un peu plus courte que la précédente, et présentant cette particularité, que l'abaissement du voile du palais permet au son de s'échapper facilement par le nez. C'est à ces conditions qu'est due la formation des voyelles nasales.

Les parties mobiles que nous venons de grouper par ordre, et qui limitent les cavités dans lesquelles le son laryngien revêt un timbre spécial, président, par leurs variables dispositions, à la formation de toutes les voyelles. Il ne faudrait pas croire cependant que ces conditions anatomiques seules permettent d'expliquer la production de toutes les voyelles. S'il est vrai que quelques-unes d'entre elles sont constituées par la simple résonnance du son dans une cavité déterminée, il n'en est pas de même de la grande majorité. Le plus grand nombre réclame le concours de plusieurs régions et de plusieurs cavités, et, dès lors, ces voyelles se produisent selon certains procédés qu'il est indispensable de connaître pour se faire une juste idée de leur formation.

Ces procédés sont au nombre de trois : 1° le procédé de la résonnance simple; 2° le procédé de la résonnance double; 3° le procédé de la triple résonnance.

1° *Procédé de la simple résonnance.* — Ce procédé consiste à limiter une certaine étendue de tuyau vocal par le rapprochement des parties qui caractérisent chaque région et à favoriser ainsi dans chaque cavité limitée une résonnance spéciale qui n'est autre chose que le timbre propre à chaque voyelle. Ce procédé mérite le nom de *résonnance simple*, parce que le son voyelle possède toutes ses propriétés caractéristiques après avoir traversé l'orifice qui limite la cavité dans laquelle il s'est formé. L'A, par exemple, l'E, l'I, formés plus ou moins profondément dans l'intérieur de la bouche n'empruntent rien de leur caractère propre aux parties du tuyau vocal qu'elles traversent après leur formation dans un point déterminé.

2° *Procédé de la double résonnance.* — Le second procédé consiste à former d'abord un timbre spécial par le procédé que nous venons de décrire, et de modifier ce timbre en le faisant résonner dans une cavité nouvelle, limitée par une autre région. L'EU, par exemple, est formé par le rapprochement de la partie moyenne de la langue contre la voûte palatine et par le résonnement du son dans la cavité qui de ce point s'étend jusqu'au larynx. En sortant de la région linguo-palatine moyenne, le son E est tout formé et il n'emprunte plus rien de spécifique aux parties du tuyau vocal qu'il traverse; en un mot, ce son est produit par le procédé de la résonnance simple. Supposons à présent qu'au lieu de sortir librement de la bouche après sa formation, le son E soit obligé de résonner dans une cavité nouvelle et limitée par un autre orifice, comme cela arrive quand nous disposons les lèvres en forme de tube.

Le résultat de ces conditions nouvelles sera un mélange du timbre E avec le timbre de la nouvelle cavité, et, par suite, la formation d'un nouveau timbre. Au lieu de la voyelle E, nous aurons la voyelle EU, et cette voyelle sera formée par le procédé de la *résonnance double*, c'est-à-dire par le résonnement d'un certain timbre dans une cavité nouvelle.

Procédé de la triple résonnance. — Comme son nom l'indique, ce procédé consiste à modifier le son laryngien par une triple résonnance. Ce procédé n'avait jamais été mentionné, et comme c'est à lui que se rattache la formation des voyelles *nasales*, — formation qui est encore l'objet des opinions les plus diverses, — nous nous appliquerons à en bien faire comprendre le mécanisme. Et d'abord établissons un fait, qui est loin d'être généralement accepté, c'est que, comme le dit fort bien M. Chavée dans sa *Lexicologie*, « l'homme doit nécessairement parler du nez pour bien parler (1). » Le timbre nasal, loin d'être désagréable, — comme pourrait le faire supposer la manière de parler des hommes atteints de coryza, — est, au contraire, très-doux, euphonique, et c'est à son mélange avec le timbre buccal qu'est dû en grande partie le charme du parler ordinaire. Pour se faire une juste idée de ce timbre, il n'y a, comme nous l'avons dit précédemment, qu'à fermer la bouche et à pousser le son laryngien dans les fosses nasales.

Le timbre nasal est unique; un seul timbre peut résonner dans la cavité du nez, et cette incapacité à fournir plusieurs timbres est due à la constitution rigide de ses parois. Cependant,

dira-t-on, nous avons plusieurs voyelles et plusieurs consonnes *nasales?* Rien n'est plus vrai. Mais cela veut dire simplement que le timbre nasal, toujours le même, et toujours capable de s'unir à l'émission de toutes les lettres, fournit parfois un concours plus accentué et nécessaire à la formation de quelques-unes d'entre elles. C'est cette part nécessaire apportée par le tuyau nasal à la formation de quelques voyelles qu'il s'agit de déterminer un peu mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici.

Lorsque nous prononçons un A simple, la langue est largement aplatie dans toute sa longueur; le voile du palais est un peu relevé, et le son s'échappe tout à la fois et par le nez et par la bouche (beaucoup plus par ce dernier orifice). Comment transformer cet A simple en A nasal, puisque le timbre est déjà nasal? Il semble qu'on obtiendrait ce résultat en renversant les termes, c'est-à-dire en faisant que le timbre, qui était *surtout buccal*, devînt *surtout nasal*.

C'est, en effet, ce que l'on dit, et c'est là précisément qu'est l'erreur. Un peu plus ou un peu moins de résonnance nasale ne font pas qu'une voyelle soit ou buccale ou nasale. N'oublions pas que la cavité nasale n'a qu'une seule résonnance spécifique, qu'un seul timbre, et que chaque voyelle est spécifiquement caractérisée par un timbre spécial. On ne saurait admettre, par conséquent, que la prédominance de la résonnance nasale caractérise spécifiquement les voyelles nasales, car, s'il en était ainsi, la cavité nasale devrait fournir à chacune des voyelles de ce nom un timbre spécial, ce qui n'est pas possible.

La participation de la résonnance nasale à la formation des voyelles dites nasales est très-manifeste; mais cette résonnance, d'après ce que nous venons de dire, ne constitue pas à elle seule le caractère spécifique de la voyelle nasale. Quel est donc cet autre élément si important? Il n'est pas difficile à trouver si l'on se rappelle avec nous que la bouche seule, par la variable disposition de ses parties, peut fournir les divers timbres qui caractérisent les sons voyelles. En vérité, toutes les voyelles sont formées en principe dans la bouche, et si parfois le tuyau nasal entre pour quelque chose dans cette formation, ce n'est que pour surajouter son propre timbre au timbre spécifique résultant d'une certaine disposition des parties de la bouche. Il suit de là, que les voyelles dites nasales doivent se former d'abord dans la bouche avec un certain caractère spécifique emprunté à la disposition des parties, et qu'ensuite elles se revêtent, ou plutôt elles s'accompagnent, — car le mot *revêtir* semblerait dire que le tuyau nasal joue ici un rôle caractéristique, — du timbre propre à la cavité nasale.

L'observation exacte de ce qui se passe dans la transformation de l'A simple en A nasal (an) justifie pleinement cette manière de voir. En effet, pour transformer l'A simple en A nasal (an), la disposition des parties doit nécessairement changer d'après la règle que nous avons établie plus haut. Et qu'est-ce que l'on voit alors? Le voile du palais et la partie postérieure de la langue vont au devant l'un de l'autre, de manière à ne plus laisser entre eux qu'un espace libre de un demi-centimètre. Ce mouvement et cette nouvelle disposition sont suivis de trois effets significatifs : 1° le son de l'A sortant par la bouche perd de sa plénitude et revêt un timbre *étranglé* se rapprochant du *g* dans *gomme*; 2° la langue, qui s'est repliée sur elle-même pour mieux se porter en arrière, ménage dans la partie antérieure de la bouche une cavité dans laquelle le timbre de l'étranglement vient revêtir une sonorité plus euphonique; 3° l'abaissement du voile du palais est suivi de la dilatation de l'orifice qui conduit le son dans les fosses nasales, et de là, une prédominance de la résonnance nasale. Voilà donc un simple mouvement suivi de trois effets bien différents, et tous les trois très-importants. Mais, au point de vue physiologique, quel est le plus important? Quel est celui qui donne à la lettre *an* son timbre si particulier, si caractéristique? Est-ce le timbre étranglé résultant de l'étroit passage à travers lequel passe le son au niveau du voile du palais et de la base de la langue? Non, car si le timbre de l'*an* rappelle quelque chose de ce son ÉTRANGLÉ, il n'est pas aussi désagréable. Est-ce le timbre de la cavité antérieure de la bouche? Non, car ce timbre, mêlé à d'autres sons voyelles, n'a nullement ce caractère. Est-ce le timbre de la cavité nasale? Encore moins, car ce timbre, nous le savons, au lieu d'être étranglé est essentiellement doux.

Puisqu'il n'est pas possible d'accorder à aucun des éléments essentiels qui concourent à la formation de la lettre *an* le privilége de représenter le caractère spécifique de cette voyelle, nous sommes forcés de dire que ce caractère se trouve également partagé entre ces trois éléments. Et, en effet, le timbre de la lettre *an* commence à se former dans le passage étroit qui sépare le voile du palais de la base de la langue; ce timbre, légèrement désagréable, se modifie en se mélangeant au timbre plus arrondi de la cavité antérieure de la bouche, et, enfin, le timbre doux, euphonique, qui se forme séparément dans le tuyau nasal, vient

(1) Chavée, *Lexicologie*, page 3.

compléter le caractère de la voyelle en se *surajoutant* au son buccal. Telle est la vérité physiologique.

Il résulte de l'analyse, de la dissection à laquelle nous venons de nous livrer à propos de la voyelle *an*, que trois timbres distincts concourent à sa formation. Ces trois timbres sont la condition inéluctable de la formation de toute voyelle nasale, car *on, en, ein, eun* sont formés d'après les mêmes principes. Par conséquent, nous sommes autorisé à désigner sous le nom de *procédé de la triple résonnance* le procédé qui préside à la formation des voyelles nasales.

La nature, car nous n'avons pas ici le mérite de l'invention, toujours très-simple dans ses moyens, n'emploie, pour la formation des voyelles, que les trois procédés que nous venons de signaler. On voit par là qu'en ramenant les problèmes de la physiologie aux lois qui dominent tous les phénomènes, on arrive, en quelque sorte du premier coup, à une juste interprétation de ces derniers, tout en se ménageant la facilité d'expliquer les conditions de leur mécanisme.

En effet, les lois physiologiques qui président à la formation des sons de la parole sont implicitement renfermées dans ce qui précède. Nous nous résumerons en deux mots :

1° Les voyelles sont caractérisées physiquement par un timbre particulier.

2° Ce timbre se développe dans les cavités du tuyau vocal que la mobilité de certaines parties de la bouche permet de circonscrire.

3° Chaque timbre, chaque voyelle, correspond à une cavité et à certaines dispositions des parties qui lui sont propres. D'où cette loi déjà formulée : *La disposition des parties, spéciale à chaque voyelle, ne saurait être changée pendant l'émission d'une voyelle quelconque sans faire perdre à celle-ci son caractère spécifique et distinctif.*

4° La disposition des parties et la formation des cavités propres à chaque voyelle sont soumises à l'action, soit du procédé de la *résonnance unique*, soit au procédé de la *double résonnance*, soit au procédé de la *triple résonnance*.

Après l'énumération qui précède, touchant les lois de formation et les caractères spécifiques du son voyelle, rien n'est plus facile que d'expliquer la formation de chaque voyelle en particulier. Il suffit, en effet, d'appliquer ces notions fondamentales à chacune des régions que nous avons distinguées dans le tuyau vocal. C'est ce que nous allons faire.

Pour établir un certain ordre dans notre description, nous prendrons pour guide, non pas les régions du tuyau vocal que nous avons déterminées, mais les procédés selon lesquels se forment les voyelles. Le fait de la coopération nécessaire de plusieurs régions à la formation d'une seule voyelle justifie suffisamment notre choix.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mai 1877. — Présidence de M. Mercier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Mercier, à l'occasion du procès-verbal, complète la communication qu'il a faite dans la séance précédente.

Les muscles de Wilson et de Santorini, dit M. Mercier, ne siégent pas au col de la vessie, mais au-dessous de la prostate, au niveau de la région membraneuse. Le premier embrasse entre ses deux faisceaux la partie postérieure et supérieure de la région membraneuse, et ses deux faisceaux vont s'attacher à la face postérieure de la symphyse pubienne. Quand ces faisceaux se contractent, ils tirent en avant la partie supérieure de la région membraneuse.

Le dépresseur de Santorini est également formé de deux faisceaux disposés, contrairement aux précédents, au devant de la face antérieure de la partie inférieure de la région membraneuse, et se portent en bas et en arrière, pour s'insérer au-dessous du trou obturateur correspondant. Quand ces faisceaux se contractent, ils ont pour effet de porter en bas et en arrière, de *déprimer* la portion inférieure de la région *membraneuse*.

L'anse du col ne forme pas un sphincter circulaire ; elle a pour effet de tirer le bord postérieur du col en avant, et c'est ainsi qu'elle le ferme comme une soupape. Cependant, on trouve au-dessous de la muqueuse quelques fibres qui rapprochent, en se contractant, mais d'une manière très-peu sensible, le bord antérieur du col de son bord postérieur.

M. Reliquet : M. Horteloup, dans la précédente séance, a attribué à Thompson la théorie qui veut que l'envie d'uriner soit produite par le passage des quelques gouttes d'urine dans la région membraneuse. C'est là une erreur ; c'est M. Kuss (de Strasbourg) qui, le premier, a émis cette opinion, qui a été reproduite par Thompson.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Divers journaux et écrits périodiques relatifs à la médecine.

Une brochure intitulée : *Gérardmer; hydrothérapie*, par le docteur Grenell.

Une brochure ayant pour titre : *De l'oxythérapie et de l'azothérapie*, par le docteur Tamin-Despalles.

Trois brochures de M. Romié, de Liége, ayant pour titres : 1° *De la cataracte;* — 2° *Du catarrhe du sac lacrymal;* — 3° *Des tumeurs intra-oculaires.*

Une lettre de M. Romié demandant le titre de membre correspondant.

La Société nomme une commission composée de MM. Reliquet, de Ranse, et Camuset, rapporteur.

LECTURE

M. Dubrisay donne lecture d'un travail très-intéressant ayant pour titre : *Des troubles de la circulation générale qui surviennent à la suite et sous l'influence de la diphthérie. — Des funestes effets produits, chez les enfants, par l'application de certaines méthodes au traitement de la diphthérie.* (Sera publié.)

PRÉSENTATION

M. Gillette présente un enfant de 7 ans auquel il a pratiqué, il y a dix-huit mois, la résection du coude gauche, à l'hôpital Temporaire, pour une tumeur blanche ostéo-fongueuse de cette articulation par la méthode en baïonnette de M. Ollier.

Le malade avait subi depuis longtemps des traitements variés, et plusieurs chirurgiens avaient conseillé l'amputation.

Aujourd'hui l'enfant est parfaitement guéri et peut se bien servir de son bras, dont les mouvements sont parfaitement conservés.

DISCUSSION

L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Gillebert Dhercourt.

M. Gillebert Dhercourt : Puisque personne ne prend la parole, j'en profiterai pour revenir sur les objections de M. de Ranse; mais, d'abord, je ferai une rectification. Je n'ai pas dit qu'une *eau minérale appartenant à la classe des eaux indéterminées, qui doit certainement à la thermalité une partie importante de son action thérapeutique, puisse être indifféremment remplacée par de l'eau de Seine chauffée à la même température.* Ce langage aurait abouti à la négation des effets thérapeutiques dus à l'agrégat minéral; ce qui est opposé à mes idées sur ce sujet.

Mais après avoir rappelé que le calorique est le type des excitants, j'ai dit qu'un bain d'eau commune chauffée de + 37 à + 39° centig., est excitant. Donc il y a identité d'action physiologique entre la thermalité native et la thermalité communiquée par nos moyens de chauffage, et j'ai ajouté que l'action de la chaleur, native ou communiquée, s'ajoute purement et simplement à celle de l'agrégat minéral qu'elle fortifie ou exalte, mais sans la modifier.

En ce qui concerne la supposition faite par notre honorable confrère, à savoir qu'il pourrait exister, entre la thermalité naturelle et la thermalité artificielle des eaux minérales, une différence semblable à celle qu'on constate entre le pouvoir rayonnant du galvano-cautère et celui du thermo-cautère, pouvoir qui semble être plus grand dans le premier que dans le second ; en admettant que cette différence existe, je demande quel argument favorable on pourrait en tirer au profit des partisans de la spécialisation d'action du calorique natif?

Tous les corps jouissent de la faculté d'émettre des rayons calorifiques. La vivacité de ces rayons est proportionnelle à la température et au volume du corps rayonnant ; mais le pouvoir émissif de celui-ci est en rapport avec l'état de sa surface; les surfaces polies rayonnent moins que les surfaces rugueuses. En outre, le pouvoir émissif n'a pas la même puissance dans tous les corps ; par exemple, celui de l'eau, qui est un des plus élevés, étant de 100, celui du fer poli n'est que de 15, et celui du cuivre et de l'or n'est que de 12.

D'après cela, il me paraît difficile d'admettre qu'entre le pouvoir rayonnant du galvano-cautère et celui du thermo-cautère, il existe d'autre différence que celle qui résulte d'une inégalité de leur température propre. Quant aux eaux minérales, il n'est pas douteux qu'elles émettent des rayons calorifiques dont la vivacité est proportionnelle à leur thermalité. Eh bien ! entre une eau minérale originellement thermale et une eau minérale athermale, chauffée au même degré que la première, il me paraît évident que le pouvoir émissif doit être égal, car toutes les conditions qui peuvent diminuer ou accroître ce pouvoir sont semblables dans l'une et dans l'autre.

Au reste, pourquoi le calorique natif des eaux minérales jouirait-il exclusivement de propriétés particulières, puisque, suivant la théorie de Laplace sur la formation des eaux thermo-minérales, il est lui-même un calorique *communiqué*, transmis aux eaux par la chaleur centrale de la terre.

Enfin, il n'est aucun physicien qui admette deux espèces de calorique.

M. Gillette admet que le thermo-cautère rayonne moins que le galvano-cutère, par la raison que l'instrument est creux et que c'est par sa face interne que se produit le rayonnement. Cette théorie est, du moins, celle qui lui a été indiquée par M. Paquelin.

M. de Ranse dit que le thermo-cautère rayonne, puisqu'il est capable de diviser les tissus. Pour les eaux minérales, outre la chaleur et les substances minérales dont elles sont chargées, il y a encore l'électricité qui peut jouer un certain rôle et faire varier l'action physiologique. Il n'est pas démontré que le calorique communiqué soit identique au calorique natif.

Scoutetten a soutenu que certaines eaux minérales devaient leur action à l'électricité. Il est vrai que l'action électrique est très-faible, mais n'a-t-on pas vu dernièrement l'anesthésie disparaître sous l'influence d'une pièce d'or mise au contact de la peau? La quantité d'électricité était bien faible, puisqu'il a fallu un galvanomètre à fil très-fin et faisant soixante mille tours autour de l'aiguille aimantée pour en déceler l'existence.

M. Gillebert Dhercourt : Les expériences faites par M. Scoutetten, pour démontrer le prétendu rôle de l'électricité dans l'action des eaux minérales, et les explications qu'il en a données, ont été déclarées nulles par la commission de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

M. le docteur Lambron, agissant avec un galvanomètre d'une extrême sensibilité, en est arrivé à conclure que les courants électriques, constatés par lui et par M. Ed. Becquerel dans les eaux minérales, sont si faibles qu'ils ne peuvent vaincre la résistance que l'organisme oppose à leur passage.

Si, dans les expériences de M. Burq, une pièce de 20 francs ne détermine qu'un courant électrique à peine perceptible à l'aide d'un galvanomètre d'une sensibilité exceptionnellement grande, celui qui sera produit par quelques milligrammes de sels, dissous dans l'eau, devra être plus difficilement constaté, et il sera, par conséquent, trop faible pour agir sur l'organisme.

ÉLECTION

On procède au vote sur la candidature de M. Boinet au titre de membre honoraire. M. Boinet est nommé, à l'unanimité, membre honoraire de la Société.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr A. Le Blond.

CORRESPONDANCE

UNE LÉGÈRE MODIFICATION AU FORCEPS ORDINAIRE

Charleroi, 5 juillet 1877.

Monsieur le rédacteur en chef,

M. le docteur Quantin (de Château-Gontier) vous écrit que, dans une application de forceps, après des tractions « qui n'avaient abouti qu'à tremper sa chemise », il a eu l'excellente « idée de confier les efforts à ses reins » en s'attelant à un crochet de son instrument au *moyen* d'une *corde à lessive*.

C'est fort bien.

Mais il croit qu'une *ceinture de pompier* aurait mieux fait son affaire.

C'est possible.

Permettez-moi de saisir cette occasion pour vous faire connaître une modification légère que j'ai fait subir, il y a plus de dix ans, à notre forceps ordinaire, et qui m'empêche, depuis lors, de jamais tremper ma chemise dans les cas analogues à celui que rapporte M. Quantin.

Quand l'instrument est en place, j'introduis l'extrémité à double crochet d'une *tige en fer* très-rigide, dans une *encoche* pratiquée sur la *branche femelle*, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'articulation. C'est sur cette *tige* que les tractions sont exercées toujours, par deux ou quatre mains d'assistants ou d'assistantes, par le mari même, au besoin; et je tiens les branches du forceps, comme un pilote tient son gouvernail, pour diriger à mon gré le sens de la force brutale.

Agréez, etc. Hubert Boens.

FORMULAIRE

Solution contre la gale. — Dolan.

Fleurs de soufre	100 grammes.
Chaux vive	200 —
Eau	1000 —

On fait bouillir quelque temps, on laisse refroidir le liquide, et on le décante dans des bouteilles, qu'on ferme hermétiquement.

Au sortir d'un bain chaud, le malade est badigeonné avec la solution de sulfure de calcium, et se met au lit bien enveloppé. Le lendemain, il prend un autre bain chaud, et peut dès lors être considéré comme guéri. — Les vêtements sont débarrassés des acares par le séjour dans une étuve remplie de vapeurs soufrées. — Une expérience de sept années, et qui a porté sur plus de 700 cas de gale, a convaincu le docteur Th. Dolan de l'efficacité de la solution de sulfure de calcium dans le traitement de cette maladie. L'avantage de ce remède est d'être plus propre et plus aisé à appliquer que les pommades ordinairement employées. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 10 Juillet 1658.

Guy Patin écrit à son ami J.-D. Horstius, de Darmstadt. De cette longue lettre, en latin, et inédite, nous extrayons le passage suivant :

« . . . . . Si votre fils aîné vient à Paris, il verra, par les services que je lui rendrai, combien je suis attaché à son père. L'étude de l'anatomie est ici cultivée avec soin durant tous les mois de l'hiver ; les cadavres ne nous manquent pas, fournis qu'ils sont par tant de fripons que l'on pend et que l'on étrangle. Le printemps et l'été, c'est l'étude botanique qui prend faveur, en même temps que sont enseignées les opérations chirurgicales dans les Écoles de médecine par quatre docteurs choisis à cet effet. Il y a, en outre, quatre autres professeurs qui enseignent au Collége royal. L'année dernière, de mars à août, j'ai moi-même enseigné dans ce Collége, devant un grand nombre d'auditeurs. Enfin, il y a deux hôpitaux pour l'instruction pratique des élèves. Néanmoins, dans ces établissemens, les malades ne sont pas aussi bien soignés que les riches de la ville, qu'on entoure de beaucoup plus d'attentions. Vous connaissez ces deux vers de Martial :

Curantur dubii Medicis majoribus ægri,
Plebs vel discipulo vivit contenta Philippi. » — A. Ch.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences, dans sa séance du 2 juillet, a nommé M. Godron, professeur de la Faculté des sciences de Nancy, membre correspondant dans la section de botanique, en remplacement de M. Lestiboudois, décédé. M. Godron a obtenu 33 voix contre 5 données à M. Duval-Jouve.

Muséum. — M. Poirier (Nicolas), licencié ès sciences mathématiques, ancien chargé de cours de physique au lycée du Puy, est nommé aide-naturaliste (5e classe) au muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. L. Rousseau, décédé.

École de médecine de Rouen. — Un concours sera ouvert le 20 novembre 1877 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, pour un emploi de chef des travaux anatomiques à ladite École.

— La Société de médecine pratique et d'hygiène, dans sa dernière séance, sous la présidence de M. le professeur Bouchardat, a décidé qu'elle prendrait l'initiative de l'organisation d'un Congrès d'hygiène, qui se réunira à Paris pendant l'Exposition de 1878.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 13 juillet 1877.

Ordre du jour : Observation de kyste hydatique du foie ouvert dans l'estomac, par M. Gérin-Roze. — Présentation de pièces anatomiques relatives à la pathologie cérébrale, par M. Luys. — Suite de la discussion sur le traitement du rhumatisme.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Un médicament nouveau porté devant l'Académie est, en quelque sorte, comparable à un prévenu traduit devant les tribunaux. Il y trouve des témoins à charge et à décharge, un accusateur public, souvent un résumé plus ou moins impartial, mais pas toujours un verdict du jury, car les Académies ne se montrent pas empressées, en général, de formuler un jugement.

L'acide salicylique et le salicylate de soude, présentés à l'Académie par M. le professeur Sée, a trouvé, hier, deux témoins à décharge, mais aussi un accusateur public.

Les deux témoins à décharge ont été M. Hérard et M. Hardy.

M. Bouillaud s'est chargé du rôle ingrat et pénible d'accusateur public.

M. Hérard a porté à la tribune sept observations de rhumatisme articulaire aigu contre lesquelles il a employé l'acide salicylique. Ces observations présentent la plus grande analogie avec celles rapportées par M. Sée. Seulement, elles prouvent, peut-être encore plus que celles de M. Sée, que la nouvelle médication ne présente qu'une efficacité temporaire contre l'élément douleur et l'élément fièvre ; en un mot, que les récidives sont très-fréquentes aussitôt qu'on cesse l'emploi du médicament. M. Hérard a expliqué les récidives subies par ses malades, par sa timidité à employer l'acide salicylique pendant un temps assez prolongé. Il se promet d'être moins réservé à l'occasion.

M. le professeur Hardy n'a eu que quatre faits à présenter à son collègue M. Sée, faits affirmatifs et présentant aussi une grande analogie avec ceux de M. Sée. Cependant, M. Hardy a trouvé que l'exposé de M. Sée était plus beau que nature, qu'il n'avait nulle intention d'infirmer les faits relatés par son collègue, mais qu'il pensait que M. Sée était tombé sur une série heureuse, car il ne pouvait admettre que, sur 53 cas de rhumatisme, aucune médication connue pût obtenir 52 guérisons.

En définitive, pour M. Hardy, — et un peu aussi pour M. Hérard, — il faut expérimenter, et expérimenter encore. Il n'est pas encore prouvé que l'acide salicylique et le salicylate de soude soient le spécifique de l'arthrite aiguë et de ses différentes formes. Mais les essais faits jusqu'à ce jour constituent un ensemble très-encourageant, et il y a lieu de continuer l'expérimentation.

M. Sée a cru devoir intervenir de nouveau et devoir répondre aux remarques et aux réflexions qui lui ont été présentées. M. Sée a commencé par répondre à M. Ricord, absent, et à se justifier, trop aigrement peut-être, de n'avoir pas relaté exactement le fait d'un malade de la ville sur lequel M. Ricord avait cru devoir faire quelques réserves. M. Sée a évidemment pris trop au tragique une assertion de M. Sée. M. Ricord a pu faire une erreur de date ; mais, assurément, il n'a voulu faire rien de désobligeant contre M. Sée. Plus heureux il a été dans sa réponse à M. Bouillaud, dont il n'a pas laissé un seul point de son argumentation sans contradiction. M. Bouillaud demandait seulement dix cas de guérison pour être convaincu. Les observations présentées par MM. Hérard et Hardy dépassent ce nombre ; M. Bouillaud devait être satisfait. L'illustre clinicien ne s'est montré rien moins que satisfait, mais nous croyons qu'il a poussé trop loin le zèle d'accusateur public.

En définitive, les faits paraissent jusqu'ici concordants en faveur de la médication salicylique. Dans sa réplique, M. Sée, l'avocat du médicament nouveau, a très-bien défendu son client. A l'heure actuelle, les chances sont en sa faveur.

La séance avait été ouverte par un court mais substantiel rapport de M. Empis, organe de la commission permanente des eaux minérales pour la saison de 1875.

CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECINS AU BUREAU CENTRAL. — Les trois premières épreuves d'admissibilité sont terminées. Sur les 30 candidats qui se sont présentés, sont admis à subir les deux dernières épreuves définitives, MM. Debove, Gougueinheim, Hallopeau, Hanot, Homolle, Huchard, Labadie-Lagrave, Quinquaud, Sevestre, Tennesson. — L'épreuve écrite aura lieu le vendredi 13 juillet, à midi.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDES SUR L'ACIDE SALICYLIQUE ET LES SALICYLATES; TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU ET CHRONIQUE DE LA GOUTTE ET DES DIVERSES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX SENSITIF PAR LES SALICYLATES (1);

Communication faite à l'Académie de médecine, dans les séances des 26 juin et 3 juillet 1877,

Par M. le professeur Germain Sée.

IV. — RHUMATISMES CHRONIQUES ; — ARTHRITES SÈCHES ; — ARTHRITES DÉFORMANTES ET NOUEUSES.

Il s'agit ici de rhumatismes graves et rebelles; aussi je ne parle pas des arthrites sèches, sur lesquelles M. Gosselin vient d'appeler à nouveau l'attention à propos des difficultés du diagnostic de l'arthrite sèche coxo-fémorale; j'insiste sur une première série de faits compris sous le nom d'*arthrites chroniques localisées ou générales, simples*, et se développant soit d'emblée, soit à la suite de rhumatismes aigus.

Dans une deuxième série de faits, il faut ranger ces arthrites scléreuses, ce rhumatisme chronique fibreux, dont Jaccoud a décrit le type, et qui s'accompagnent de déformations ou même d'atrophies apparentes.

Une troisième série de faits, de beaucoup la plus importante et la plus fréquente, comprend cette arthrite noueuse ou déformante dont Charcot a fourni une excellente description; c'est l'arthrite osseuse, proprement dite, envahissant progressivement les synoviales, les cartilages, le tissu osseux articulaire, lequel finit par s'éburner après avoir subi les lésions hypertrophiques les plus graves.

C'est dans ce rhumatisme osseux qu'on observe le plus nettement les déviations des doigts, des mains, des pieds, les déformations des os, le déplacement des articulations, les bourrelets osseux, les atrophies ou les engorgements des tissus périarticulaires, extra-synoviaux, avec les rétractions des muscles et des tendons voisins.

Une quatrième et dernière série de faits se rapporte aux arthrites d'origine spinale, sur lesquelles on a élevé des doutes récemment.

Il reste encore à citer les nodosités partielles des doigts, décrites par Héberden, et qui ont également leur siége dans le tissu osseux.

J'ai surtout en vue les rhumatismes chroniques simples, les scléroses, les arthrites osseuses, qui doivent d'autant plus nous occuper, que les uns et les autres déterminent à certains moments de véritables exacerbations aiguës, douloureuses, graves; ce sont des attaques de rhumatisme aigu, greffées sur les diverses formes de rhumatismes chroniques.

Or, la première idée que je conçus d'appliquer le traitement salicylique au rhumatisme chronique, se rapporte précisément à ces exacerbations si fréquentes et si pénibles du rhumatisme chronique. Mes prévisions se réalisèrent de la façon la plus heureuse. Ces attaques aiguës disparurent exactement, comme le rhumatisme articulaire aigu, au bout de trois ou quatre jours; j'ai pu l'observer trois fois à l'hôpital, deux fois en ville; mon ami Bouchard, médecin de Bicêtre, a vérifié les mêmes faits sur quatre vieillards atteints de rhumatisme chronique exacerbant.

Il est à noter que ces paroxysmes cèdent en général très-difficilement; les injections de morphine, le bromure de potassium, le chloral, les applications froides ou ne réussissent pas ou ne peuvent pas être continuées à cause de la longueur de ces accès, la morphine produisant souvent le dégoût, le bromure de potassium la débilité générale, le chloral une somnolence exagérée et nuisible.

Le salicylate de soude est d'autant plus important, qu'on obtient la cessation des douleurs, avec de fortes doses, en quelques jours, et qu'ensuite on peut maintenir le résultat obtenu tout en diminuant la dose.

Pendant que je traitais les paroxysmes, j'ai souvent été frappé de la diminution des engorgements périarticulaires et de la roideur musculaire; cette observation me

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 5, 7 et 10 juillet.

conduisit à prescrire le même traitement dans les rhumatismes chroniques proprement dits, non exacerbants, et voici à cet égard les résultats obtenus :

Dans deux cas de rhumatisme chronique simple, occupant les deux genoux et les coudes, je vis disparaître en trois jours l'inflammation des articulations, qui datait déjà de six mois, et avait empêché les ouvriers de se livrer à leur travail; il resta chez l'un d'eux un certain degré de roideur dans l'articulation du coude droit.

Chez un troisième malade, qui me fut adressé à l'hôpital, il s'agissait d'arthrites chroniques généralisées, non déformantes, qui, depuis onze ans, obligeaient cet homme au repos pendant quatre à six mois par an; cette fois-ci, il sortit de l'hôpital au bout de six jours, parfaitement libre dans toutes les jointures.

Chez cinq malades de la ville, j'observai exactement les mêmes phénomènes; la tuméfaction des jointures, qui datait de plusieurs mois, et même, chez l'un des malades, de trois ans, cessa au bout de six à huit jours, pour ne plus reparaître, la médication n'ayant pas été interrompue un seul jour pendant un mois.

Ainsi, voilà déjà, outre la catégorie des exacerbations, toute la série des rhumatismes chroniques simples, d'emblée ou consécutifs, qui cèdent rapidement par le traitement, sans que d'ailleurs il y eût le moindre adjuvant, c'est-à-dire sans qu'il y eût addition de bains thermaux, ni de fumigations, ni d'aucune médication interne.

Une deuxième catégorie de faits se rapporte aux rhumatismes scléreux. J'ai observé une arthrite de ce genre occupant l'épaule et le coude gauches, avec atrophie commençante du membre et rétraction : en huit jours la guérison fut complète. Mais le fait le plus étonnant de ce genre se rapporte à une dame qui, deux ans après une fracture de l'épaule droite, présentait une véritable rétraction des doigts avec atrophie de la main, gonflement considérable des phalanges, douleurs vives par le moindre mouvement et immobilité presque complète des doigts en demi-flexion. Cette malade, chez laquelle un de nos collègues reconnut parfaitement un rhumatisme osseux et fibreux, devait partir pour les eaux de Bourbonne-les-Bains, lorsque, il y a huit jours, elle vint me consulter pour ce mal qui remontait à près de deux ans : en six jours toute trace de rétraction avait disparu; plus de douleurs, souplesse parfaite de la main.

J'arrive à une troisième catégorie qui, jusqu'ici, a pour ainsi dire défié toute la matière médicale : je veux parler des arthrites déformantes, qui ont été traitées successivement et sans aucune espèce de succès, tantôt par les alcalins, tantôt par les bains arsenicaux, par la teinture d'iode à l'intérieur, par l'huile de foie de morue, et à l'extérieur par l'hydrothérapie, les eaux minérales sulfureuses ou salines, par les courants continus. Personne ne peut affirmer la supériorité de telle ou telle médication, bien que je trouve dans un numéro récent d'un journal de médecine l'histoire d'un merveilleux cas de guérison par les bains arsenicaux, que M. Gueneau de Mussy a depuis longtemps préconisés; or, à la sixième ou septième ligne de l'observation, on lit ceci : « On employa le salicylate de soude à 4 grammes, et la guérison ne se fit pas attendre. »

Observations de rhumatisme noueux. — Voici maintenant le bilan de mes observations : Chez deux vieillards traités à l'hôpital, aucun succès; dans un troisième cas d'arthrite noueuse, chez un homme encore jeune, il y eut une amélioration considérable.

Dans ma pratique civile, trois cas des plus remarquables. Il s'agit, dans le premier cas, d'une arthrite noueuse, qui durait depuis seize ans, chez un homme âgé aujourd'hui de 60 ans. La maladie avait envahi les quatre grandes articulations des membres inférieurs, la colonne vertébrale, les poignets et les doigts; la marche était impossible, le tronc était pour ainsi dire immobile, la préhension des objets, l'écriture, étaient impraticables depuis deux ans. Après quinze jours de traitement, toutes les articulations supérieures étaient dégagées, et il ne reste plus aujourd'hui qu'un certain degré de roideur des articulations tibio-tarsiennes.

Le deuxième cas de ce genre se rapporte à une arthrite noueuse des genoux et des doigts.

Le troisième cas est des plus graves : une dame de 42 ans, que je soigne avec M. Briau, a, depuis deux ans, des arthrites noueuses des genoux, des cous-de-pied, des petites articulations des pieds, des poignets, des doigts, des coudes. Cette maladie, des plus douloureuses, avait déterminé pendant un an une fièvre intense avec une anorexie des plus marquées et une insomnie qui n'a pas cessé un seul jour depuis le début de la maladie.

Au bout de huit jours, malgré la difficulté de faire supporter 8 grammes de salicylate de soude, les jointures supérieures étaient libres, les douleurs nulles, les genoux dégonflés : les pieds restèrent œdémateux. Le progrès est des plus évidents, mais la guérison n'a pas fait de progrès, à cause de la difficulté de faire supporter au delà de 4 à 5 grammes de sel salicylique.

Je résume cette partie de mes recherches. Jamais on n'avait soupçonné l'utilité de la médication salicylique dans le traitement des diverses espèces de rhumatismes chroniques. Or, le rhumatisme avec paroxysmes guérit immédiatement; les rhumatismes chroniques simples cèdent avec la même facilité; les rhumatismes scléreux ou fibreux rentrent exactement dans le même cas; enfin, dans les arthrites noueuses, on arrive par ce traitement, dans la plupart des cas, à des modifications considérables et surtout à la cessation totale des douleurs.

Maintenant, nous devons ajouter que, dans ces derniers cas, la guérison ne peut s'obtenir qu'au prix des inconvénients déjà signalés : les bourdonnements d'oreilles, les bruissements dans la tête, la surdité plus ou moins considérable, et, au début du traitement, des anxiétés plus ou moins durables.

A la longue, et tout en maintenant les mêmes doses, on peut espérer avoir une atténuation de ces accidents qui constituent ce que j'appellerai le salicylisme; pour le reste de l'organisme, il n'y a aucun effet à craindre.

V. — GOUTTE AIGUE ET CHRONIQUE.

Les propriétés analgésiantes du salicylate de soude dans les affections rhumatismales m'ont suggéré la pensée d'appliquer cette méthode de traitement à cette maladie si complexe qu'on appelle la goutte; on n'avait pas songé à utiliser ce remède en pareille circonstance, lorsqu'il y a cinq mois j'instituai mes premiers essais, et l'observation clinique ne tarda pas à justifier complétement mes prévisions thérapeutiques. Je constatai, en effet, non-seulement la disparition presque immédiate des douleurs, mais encore la prompte cessation des fluxions articulaires; les accès de goutte aiguë étaient surmontés en quarante-huit heures.

Mais il y a plus. Étendant le domaine de cette médication à la goutte chronique, je ne fus pas peu surpris d'obtenir la résolution des engorgements articulaires les plus anciens, la diminution, parfois même la disparition presque complète des tophi et le retour des mouvements dans les articulations qui, depuis des mois et des années, avaient subi les atteintes de la goutte, jusqu'à la formation de fausses ankyloses.

Ces résultats si inespérés dépassèrent même sensiblement ceux que la médication salicylique produit dans le traitement des arthrites déformantes. En effet, la nature des lésions articulaires, la constitution de la maladie tout entière, se prêtent bien mieux à l'action du remède que les lésions osseuses profondes du rhumatisme noueux; d'une autre part, l'altération spéciale du sang qui constitue la goutte, comparée aux modifications tout à fait hypothétiques du liquide sanguin dans le rhumatisme, explique jusqu'à un certain point les effets plus favorables de la médication dans la goutte que dans le rhumatisme.

Quels sont, en effet, les caractères de la goutte?

C'est une maladie chronique, constitutionnelle, le plus souvent héréditaire, caractérisée :

1° Par un excès d'acide urique dans le sang et une diminution correspondante dans les urines;

2° Par des fluxions articulaires aiguës suivie d'une élimination plus marquée de l'acide urique par les reins;

3° Par des dépôts d'urates dans les articulations et les tissus fibro-musculaires, dépôts appelés tophi; c'est la goutte articulaire chronique, la podagre, qui passe elle-même souvent par des exacerbations plus ou moins souvent répétées;

4° Par des lésions transitoires ou permanentes des organes les plus importants, tels que l'estomac, le cœur, les vaisseaux, les poumons, les reins, la peau; de là la goutte stomacale, les dégénérescences athéromateuses, quelquefois uratiques des vaisseaux, particulièrement de ceux de l'encéphale; de là l'asthme goutteux, l'angine de poitrine, les arthritides, et enfin la gravelle, l'infarctus urique des reins, et l'altération grave décrite sous le nom de reins goutteux.

L'excès d'acide urique dans le sang, ou uricémie, bien connue depuis les travaux de Garrod, se traduit par 28 à 175 milligrammes d'acide urique pour 1000 grammes de sang, au lieu de traces à peine appréciables que ce liquide contient à l'état normal. Il s'agit de savoir comment on peut modifier cet état du sang et, par conséquent, de rechercher avant tout l'origine de cette accumulation anormale de l'acide urique.

Théories de la goutte. — On a, à cet égard, admis plusieurs interprétations. La première peut se formuler ainsi : sous l'influence d'une alimentation très-azotée, surtout s'il y a en même temps défaut d'exercice, ces principes alimentaires ne subissaient qu'une combustion incomplète; au lieu de se transformer en urée, qui est le dernier terme de la combustion des matières albuminoïdes, ils donnent lieu à un produit moins avancé d'oxydation, c'est-à-dire à l'acide urique qui s'accumule dans le sang, la lymphe et les tissus.

Cet acide se forme principalement dans la rate; il s'y retrouve en grande quantité pendant et après la digestion, et ce qui le prouve, c'est que les urines en contiennent un excès pendant plusieurs heures après l'ingestion des aliments. Ainsi, une nourriture trop riche agit doublement pour forcer la production de l'acide urique, d'abord en apportant à l'économie plus de matériaux, et, d'une autre part, en excitant outre mesure les fonctions de la rate.

Le genre d'aliments le plus favorable à la production de la goutte, c'est surtout le régime azoté (Lehman, Ranke); il faut citer ensuite la graisse en excès (Meisner et Koch) qui empêche la combustion complète des tissus; puis les substances qui contiennent de l'asparagine et du malate de chaux; on a indiqué enfin, à tort, l'alcool, qui absorberait l'oxygène à son profit pour se comburer, et empêcherait ainsi l'oxydation complète des matières albuminoïdes et leur transformation en urée. Mais la combustion de l'alcool dans l'économie est, dans tous les cas, très-incomplète, et la plus grande partie de l'alcool passe inaltérée dans les tissus et les liquides sécréteurs On sait d'ailleurs que les alcooliques qui peuplent nos hôpitaux n'ont pas la goutte; il faut d'autres conditions alimentaires; j'ai signalé surtout une nourriture copieuse et le régime fortement azoté et graisseux.

Comme condition accessoire, on a insisté sur la vie sédentaire en disant que le défaut d'exercice, en diminuant l'absorption de l'oxygène, empêche la combustion complète de l'acide urique, tandis que, par une profession active ou par des exercices musculaires, on favorise l'entrée de l'oxygène dans le sang, par conséquent la combustion complète des principes albuminoïdes, et la formation de l'urée aux dépens de l'acide urique.

Il y a là autant d'erreurs que de mots : car, d'une part, l'exercice musculaire n'augmente jamais la quantité minime de l'urée dans les muscles, ni l'élimination de l'urée par les urines; d'une autre part, les goutteux, soit avant, soit pendant leurs accès, soit dans l'intervalle, présentent toujours la quantité normale d'urée dans leurs urines, quantité qui ne varie, comme dans l'état physiologique, que par le chiffre des principes azotés qui ont été absorbés.

Pour ce qui est de l'influence de l'exercice sur l'élimination de l'acide urique, les opinions sont d'ailleurs absolument contradictoires.

Du reste, l'uricémie d'origine alimentaire n'a pas besoin d'auxiliaire pour se produire; si elle existe, c'est par le seul fait de l'introduction des principes azotés en excès ou par l'addition de certains aliments, comme la graisse qui détourne l'oxy-

gène de sa destination, ou par l'usage de certaines substances facilement transformables en acide urique.

Il semble donc que l'uricémie soit une question de chimie ou d'hygiène alimentaire, et que pour guérir la goutte il suffise de modifier le régime.

Mais voici des objections des plus graves.

Injectez de l'acide urique dans le sang d'un chien, cet acide se transforme en urée (Frerichs et Wöhler); mais comment se fait-il que l'animal continue à éliminer encore de l'acide urique comme auparavant? Pourquoi reste-t-il de l'acide urique dans les urines? Pourquoi n'y a-t-il pas transformation totale en urée? La réponse est celle-ci : c'est que la fonction uricémique est normale, indestructible. Voici une autre objection : sous l'influence du régime en général, la quantité d'acide urique éliminé par les urines subit de bien moindres variations que l'urée; ainsi par une alimentation mixte, les urines contiennent 0,50 à 0,80 centigrammes d'acide urique pour 1,000 grammes d'urine et 23 grammes d'urée; par une alimentation azotée 0,90 centigrammes d'acide et 86 grammes d'urée; l'urée a donc triplé, tandis que l'acide urique est à peu près resté stationnaire. D'où vient que le régime azoté presque exclusif joue un rôle si mal dessiné dans la production de l'uricémie? La réponse est très-nette et constitue une troisième objection à l'uricémie alimentaire.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport de M. le médecin-inspecteur des eaux de Saint-Galmier pour la saison de 1875. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note sur l'acide salicylique, par M. le docteur Alfred Grellot, de Châtel-sur-Moselle (Vosges).

2° Un travail de M. le docteur Chassagny (de Lyon) sur la compression et l'immobilisation méthodiques, par l'air ou par l'eau, sur le pansement des plaies avec occlusion hermétique. (Concours du prix Barbier.)

3° Une observation de fracture du crâne, avec enfoncement du pariétal gauche, pouvant servir à élucider l'histoire des localisations cérébrales. Aperçu des travaux relatifs à cette question, suivi de quelques réflexions sur les fractures de cette région, par le docteur Louis Caradec, lauréat de l'Académie.

4° Un dépôt cacheté de M. le docteur E. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (Accepté.)

5° Un mémoire intitulé : *Considérations sur le traitement des affections nerveuses par les eaux de Salies-de-Béarn*, par M. le docteur Nogaret, médecin-inspecteur; présenté par M. le professeur Broca.

M. Jaccoud présente, de la part de M. le docteur Tomaselli (de Naples), une brochure en italien intitulée : *L'intoxication quinique et l'infection palustre.*

M. Larrey présente : 1° Au nom de M. le docteur Bryon, médecin-major de 1re classe, une brochure intitulée : *La première tournée de révision dans la province de Constantine;* — 2° au nom de M. le docteur Fuzier, médecin principal de 1re classe, une brochure intitulée : *Résumé d'études sur la fièvre jaune observée à la Vera-Cruz.*

M. le Secrétaire perpétuel présente : 1° Un volume intitulé : *Études de médecine clinique faites avec l'aide de la méthode graphique et des appareils enregistreurs*, par feu P. Lorain; — 2° *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*, par le même. (Publication faite par les soins de M. P. Brouardel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin à l'hôpital Saint-Antoine.)

M. Empis, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1876.

Les conclusions de ce rapport seront discutées en comité secret.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du travail de M. Sée sur l'acide salicylique et les salicylates. — La parole est à M. Hérard.

M. Hérard dit qu'il a eu l'occasion d'expérimenter, à l'Hôtel-Dieu, l'acide salicylique chez un certain nombre de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu.

La première malade était une jeune femme récemment accouchée et qui avait été prise, à l'hôpital même, d'un rhumatisme articulaire aigu. M. Hérard avait essayé vainement de le combattre par les moyens ordinaires, et notamment par le sulfate de quinine à haute dose; la maladie résistait et paraissait même s'aggraver, lorsque M. Hérard, encouragé par la lecture des faits de guérison au moyen de l'acide salicylique signalés par M. le docteur Baréty, donna ce médicament à la malade, à la dose d'abord de 5 grammes, puis de 3 grammes, pendant quelques jours.

Du jour au lendemain il y eut une amélioration frappante. Les douleurs articulaires diminuèrent très-rapidement et disparurent. Elles reparurent quelques jours après la cessation du médicament et furent de nouveau très-amendées quand fut repris l'acide salicylique, jusqu'au moment de la guérison définitive.

A quelque temps de là une jeune femme, récemment accouchée et allaitant son enfant, entra dans son service avec un rhumatisme datant de quatre jours.

M. Hérard la soumit d'abord à l'usage du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme 50 en vingt-quatre heures. Cette médication, continuée pendant cinq jours, n'amena aucun changement notable dans l'état de la malade.

M. Hérard prescrivit alors 3 grammes d'acide salicylique à prendre en six paquets dans du pain azyme. Dès le deuxième jour de l'administration de l'acide salicylique, on constate une amélioration marquée. La malade a dormi; elle commence à pouvoir remuer les articulations; la température, de 38,8, est descendue à 37,6.

Le troisième jour, l'amélioration continue, et, le quatrième, la malade va tout à fait bien; elle ne ressent plus de douleurs; elle a de l'appétit; la fièvre a cessé; la température est à 36,6, le pouls à 84.

L'acide salicylique ayant été supprimé et la malade s'étant levée, malgré la défense qui lui en avait été faite, les douleurs reviennent le lendemain, ainsi que la fièvre. L'acide salicylique est repris à la dose de 3 grammes, qui ne produit aucun résultat, puis de 5 grammes. Le lendemain, amélioration prononcée; le surlendemain, disparition complète des douleurs. La suppression de l'acide salicylique ramène une nouvelle rechute, qui cède de nouveau après deux jours d'administration du médicament. Une troisième suppression du médicament amène une troisième rechute, qui cède cette fois définitivement à une faible dose d'acide salicylique.

Un homme de peine entre, le 6 décembre 1876, dans le service de M. Hérard, avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé, datant de deux jours. Il ne peut remuer aucun membre; les douleurs sont vives; épanchement séreux dans les deux genoux; souffle doux à la pointe du cœur; sueurs profuses, insomnie; température, 39; pouls, 76.

M. Hérard prescrit 5 grammes d'acide salicylique en dix paquets, à prendre d'heure en heure. Après 3 grammes d'acide, le malade se trouve déjà mieux; température, 38.

Le lendemain, disparition des douleurs, sauf dans le genou gauche; les mouvements sont faciles; il y a eu du sommeil; température, 37. L'acide salycilique est continué à la dose de 5 grammes, puis de 2 grammes pendant quelques jours. Un vésicatoire volant est appliqué sur le genou gauche, et fait disparaître l'épanchement. La température baisse graduellement à 36; le pouls tombe à 60, 56, 54. Quelques intermittences du pouls et une légère augmentation du souffle de la pointe s'étant manifestées, M. Hérard prescrit un vésicatoire volant sur la région du cœur et la suppression de l'acide salicylique. Le malade va tout à fait bien pendant quelques jours, puis il est repris de douleurs articulaires et de fièvre qui cèdent de nouveau, et définitivement, trois jours après la reprise du médicament à la dose de 5 grammes, puis de 3 grammes par jour.

La quatrième observation est relative à un jeune homme de 19 ans, entré le 13 décembre pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé, datant de quatre jours.

Pendant deux jours le malade est traité par des moyens simples, un purgatif et de la ouate laudanisée sur les articulations douloureuses.

Le 15, les douleurs et le gonflement articulaires ont augmenté; il y a de l'endo-péricardite et de la fièvre; 7 grammes d'acide salicylique sont administrés en dix paquets dans du pain azyme. Après cinq paquets, diminution des douleurs; le malade a pu dormir la plus grande partie de la nuit; le 16, les douleurs vives ont disparu, les mouvements sont faciles.

L'acide salicylique est continué à la dose de 5 grammes, puis de 2 grammes. L'amélioration continue, l'appétit est bon, la fièvre tombe.

La suppression de l'acide salicylique est suivie, au bout de deux jours, du retour des douleurs, du gonflement articulaire et de la fièvre. L'acide salicylique, à la dose de 5 grammes, les fait disparaître en deux jours. On supprime de nouveau l'acide salicylique. La température reste élevée (38,6); le pouls remonte à 100; on constate une endo-péricardite et un léger épanchement pleurétique des deux côtés, qui nécessite un traitement énergique par les ventouses, les vésicatoires, la digitale à l'intérieur. La guérison a lieu.

Le 14 février 1877, un jeune homme de 23 ans entre dans le service de M. Hérard, avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il a eu déjà trois attaques de rhumatisme, dont deux très-aiguës et très-longues. La nouvelle attaque a eu lieu le 8 février, et la maladie n'a cessé d'aller en augmentant jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 15 et le 16, la fièvre est vive; presque toutes les articulations des membres sont douloureuses; rien au cœur. M. Hérard prescrit 7 grammes d'acide salicylique. Le lendemain, 17, amélioration extraordinaire; les membres inférieurs sont complétement débarrassés; la température et le pouls tombent. L'acide salicylique est continué à 5 grammes. Le surlendemain, 18, il ne reste plus rien de ce rhumatisme si menaçant, qu'un peu de douleur à l'épaule droite. Sommeil excellent; pouls à 60. L'acide salicylique est continué à la dose de 3 grammes. Le troisième jour, le malade se lève; pouls à 54; température, 36,7. On supprime l'acide salicylique. Les jours suivants, le malade se promène dans la salle et aide les infirmiers dans leur travail. Il sort le 8 mars, mais il revient le 14, accusant de nouveau des douleurs articulaires, mais moins intenses que la première fois; 7 grammes d'acide salicylique calment les douleurs dès le premier jour; on continue le médicament à 5 grammes, puis à 3 grammes; le troisième jour, tout est terminé.

La sixième observation est relative à une femme entrée, le 21 mai, dans le service de M. Hérard au onzième jour d'un rhumatisme articulaire qui, à son début, était aigu et polyarticulaire. Presque toutes les articulations, même l'articulation temporo-maxillaire, ont été envahies. Il y a des palpitations qui ont nécessité l'application d'un vésicatoire. La fièvre est intense; les sueurs sont abondantes. Température, 39,6 à 39,8; pouls, de 124 à 130.

Le 23 mai, M. Hérard prescrit 7 grammes d'acide salicylique dans du pain azyme en sept paquets, un toutes les heures.

Dès le lendemain, amélioration notable; l'acide salicylique est continué à 5 grammes. Le 25, amélioration extraordinaire; les articulations sont complétement dégagées; les douleurs sont nulles. Acide salicylique 3 grammes. Le 26, troisième jour du traitement, il n'existe plus de douleurs, seulement l'articulation du genou droit contient une assez grande quantité de liquide; la température reste élevée (38,8). L'acide salicylique est supprimé.

Le 28, la malade est reprise de douleurs vives avec gonflement et rougeurs dans quelques articulations. Le 29, les douleurs et le gonflement se généralisent. La fièvre augmente considérablement. (T. 40, P. 120.) On reprend l'acide salicylique à la dose de 7 grammes. Dès le lendemain, 30, grande diminution des douleurs articulaires; la fièvre a diminué. L'acide salicylique est continué à 5 grammes. Le 31, nuit excellente; plus de douleurs; mouvements faciles. Les jours suivants, l'amélioration persiste. L'acide salicylique est continué à 3 grammes, puis à 2 grammes. L'état du malade serait parfait, sans la fièvre qui persiste et qui est causée par de l'endocardite et un peu de congestion à la base des poumons.

Le 8 juin, réapparition des douleurs. Acide salicylique 5 grammes. Le lendemain, plus de douleurs ni de gonflement, disparus comme par enchantement. L'acide salicylique est continué encore pendant quelques jours à la dose de 4, puis de 2 grammes.

Depuis ce moment, deux nouvelles rechutes ont eu lieu, qui ne se sont nullement amendées par le sulfate de quinine. L'acide salicylique est repris à la dose de 5 grammes; dès le lendemain, l'amélioration est considérable, la malade ne souffre presque plus; l'acide salicylique est continué à 3 grammes et 1 gramme. La guérison paraît définitive. Cependant, jeudi dernier, 5 juillet, à la suite d'une petite imprudence, les douleurs et la fièvre reparaissent avec une certaine intensité. Le 7 juillet, M. Hérard administre le salicylate de soude, à la dose de 8 grammes, dans du pain azyme; le lendemain, il n'y a plus de douleurs; la fièvre diminue. Aujourd'hui, la malade se sent tout à fait bien; mais, par précaution, le salicylate sera continué à la dose de 3 à 4 grammes.

Tels sont les faits observés par M. Hérard.

Un premier point lui paraît ressortir nettement de ces observations : c'est que l'acide salicylique a eu, chez tous ces malades, une action sûre et prompte sur les manifestations articulaires du rhumatisme aigu. Dès le lendemain ou le surlendemain, les douleurs étaient notablement amendées, quelquefois entièrement supprimées, en même temps que la rougeur et la tuméfaction allaient elles-mêmes en diminuant et que les mouvements redevenaient libres.

L'effet a suivi trop immédiatement et trop souvent l'administration de l'acide salicylique pour que l'on puisse, même en tenant compte de l'extrême mobilité des fluxions rhumatismales, conserver le moindre doute à cet égard.

M. Hérard attribue les rechutes éprouvées par les malades à la cessation trop brusque du médicament. Il pense que, pour les prévenir, il eût fallu le continuer plus longtemps. Aujourd'hui que son expérience est plus complète et que l'on a le salicylate de soude, moins irritant que l'acide salicylique, il n'hésiterait pas à continuer le médicament pendant une quinzaine de jours après la première disparition des douleurs, soit sous la forme d'une potion additionnée d'eau de laurier cerise, contenant 8 à 10 grammes de salicylate de soude au début, et, plus tard, 4 à 5 grammes; soit, mieux, sous forme de cachets de pain azyme donnés toutes les deux heures, avec la précaution de faire boire un peu d'eau par-dessus chaque paquet.

Quant à l'influence de l'acide salicylique sur les complications cardiaques, M. Hérard reconnaît que ses observations ne peuvent pas servir beaucoup à l'élucidation de ce point. Deux fois les complications cardiaques sont restées stationnaires; dans un cas, les accidents du côté du cœur se sont considérablement aggravés pendant le traitement. Mais il convient de dire que la suppression brusque du médicament a pu être la cause de la persistance ou de l'aggravation des lésions cardiaques, comme du retour des lésions articulaires.

M. Hérard pense que, si le médecin peut assister au début de l'affection, s'il emploie des doses suffisamment élevées; si, par la continuation du médicament, il empêche le retour des douleurs et de la fièvre, il est permis d'espérer que l'on pourra arriver à prévenir les complications cardiaques, ou, tout au moins, à en diminuer la fréquence et à en atténuer la gravité. Ce jour-là, la médication salicylée occupera une des premières places en thérapeutique, et méritera presque le nom de *spécifique*.

M. Hardy a eu, lui aussi, l'occasion d'observer les effets de l'acide salicylique dans quatre cas de rhumatisme articulaire aigu, et il déclare que ces effets ont été très-satisfaisants.

Dans un premier cas, il s'agit d'une dame de la ville, convalescente d'une attaque de rhumatisme aigu généralisé, très-grave, avec complication d'endo-péricardite. Elle était entrée en pleine convalescence depuis huit ou dix jours, lorsqu'elle fut, tout à coup, reprise d'accidents articulaires aigus avec fièvre. M. Hardy administra une potion contenant 6 grammes de salicylate de soude. Le lendemain, il y avait une amélioration sensible; le surlendemain, il ne restait plus trace de douleurs ni de gonflement; la fièvre avait disparu. La malade, trouvant que le médicament avait un goût désagréable, ne voulut pas le continuer, et cependant la maladie ne s'est pas reproduite.

M. Hardy a vu également, en ville, un jeune homme de 22 ans, atteint de rhumatisme polyarticulaire, avec fièvre, qui durait depuis trois jours. Il donna le salicylate de soude; dès le second jour, il y avait une amélioration considérable dans l'état du malade et, le troisième jour, celui-ci entrait en pleine convalescence, n'ayant plus ni douleurs ni gonflement articulaire. Le médicament fut continué encore pendant deux ou trois jours, et le malade fut définitivement guéri.

Les deux autres malades observés par M. Hardy l'ont été dans son service de l'hôpital Necker.

L'un est un homme de 30 à 35 ans, journalier, ayant eu antérieurement une affection rhumatismale grave, qui avait laissé des troubles cardiaques sérieux, de l'essoufflement, des palpitations habituelles et un souffle systolique à la pointe.

Au moment où il entra à l'hôpital pour sa nouvelle attaque, celle-ci avait un caractère aigu très-prononcé. La fièvre était forte (T. 39; P. 100); la plupart des articulations étaient douloureuses. On donna d'abord de l'opium à l'intérieur, et l'on entoura les jointures avec de l'ouate laudanisée. Mais les douleurs n'avaient fait qu'augmenter.

Le troisième jour, M. Hardy prescrivit le salicylate de soude à la dose de 6 grammes dans une potion; le lendemain, les douleurs diminuaient notablement; le surlendemain, l'amélioration devenait encore plus marquée; la fièvre, la température et le pouls tombaient en même temps; le quatrième jour après le début du traitement, le malade entrait en pleine convalescence. Le médicament fut continué encore pendant cinq jours, et aucun accident ne se produisit. Le malade éprouva seulement une céphalalgie persistante et des bourdonnements d'oreilles; il sortit, d'ailleurs, de l'hôpital, parfaitement guéri de son rhumatisme.

La quatrième observation est relative à une femme qui avait eu déjà deux attaques de rhumatisme articulaire aigu dont la dernière, remontant à trois ans, avait duré six semaines et lui avait laissé des douleurs vagues qui l'empêchèrent longtemps de travailler.

Elle entra à l'hôpital, il y a environ quinze jours, avec une nouvelle attaque caractérisée par des douleurs et un gonflement articulaire occupant la plupart des jointures des membres, et accompagnées de fièvre manifestée par une température de 39° et plus de 100 pulsations.

M. Hardy administra le salicylate de s oude à la dose de 6 grammes dans une potion. Dès le lendemain il constatait une amélioration qui s'accentuait encore davantage le surlendemain; enfin, le troisième jour, les douleurs avaient si complétement disparu qu'il semblait à la malade que ses souffrances n'avaient été qu'un rêve. Malgré la disparition des douleurs et de la fièvre, comme il persistait un peu d'épanchement intra-péricardique, un vésicatoire volant fut appliqué sur la région précordiale, après quoi la malade, complétement et définitivement guérie, pouvait se lever le troisième jour et quittait l'hôpital le dixième jour après son entrée.

Ces faits ont conduit M. Hardy à partager l'opinion de M. Sée touchant l'efficacité du salicylate de soude contre le rhumatisme articulaire aigu. Seulement, M. Sée a eu le malheur d'être trop heureux dans ses premiers essais. Il a obtenu des résultats plus beaux que nature: 52 guérisons sur 53 cas constituent un phénomène qui n'est pas naturel en thérapeutique. M. Sée a eu là une veine heureuse qu'il ne retrouvera problement plus. S'il continue ses recherches, comme M. Hardy l'y engage, il est à présumer qu'il rencontrera un plus grand nombre d'insuccès, sans quoi le salicylate de soude devrait être proclamé supérieur au mercure dans la syphilis, au sulfate de quinine dans la fièvre intermittente et à l'ipéca dans l'embarras gastrique.

Les résultats obtenus par le salicylate de soude n'ont, d'ailleurs, rien d'étonnant, puisqu'on en obtient d'analogues avec d'autres médicaments, par exemple avec les préparations de colchique dans la goutte.

M. Hardy n'a d'ailleurs, en faisant ces réserves, nullement l'intention de mettre en doute la réalité des résultats annoncés par M. Sée; il veut seulement mettre en garde les médecins contre une dangereuse illusion qui pourrait leur inspirer des doutes sur la valeur réelle du médicament s'ils n'obtenaient pas des succès semblables à ceux de M. Sée.

Le salicylate de soude n'eût-il d'autre résultat que d'atténuer les douleurs si pénibles du rhumatisme articulaire aigu, et d'abréger la durée de cette longue et cruelle maladie, M. Sée n'en aurait pas moins rendu un grand service aux médecins et aux malades.

M. Oulmont, inscrit pour prendre la parole dans cette discussion, dit qu'il a étudié surtout l'acide salicylique au point de vue de son action antipyrétique; il fera connaître les résultats de ses recherches dans la prochaine séance, lorsque la discussion sur la médication salicylée dans le rhumatisme articulaire aigu sera terminée; il croit devoir ajouter, néanmoins, que ses propres expériences au sujet de cette médication sont la confirmation éclatante des résultats obtenus par M. Sée.

M. Sée a été heureux d'entendre les communications de ses collègues, MM. Hérard et Hardy, qui sont venus donner l'appui de leur autorité aux résultats qu'il a signalés dans son mémoire. Dans les 52 cas de guérison que contient ce mémoire, M. Sée ne croit pas avoir eu affaire à ce que M. Hardy vient d'appeler une série favorable, une heureuse veine. Il pense que ce que MM. Hardy et Hérard ont obtenu après lui, tous les médecins qui voudront expérimenter le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu l'obtiendront également. Ils verront en vingt-quatre heures, même en douze heures, les douleurs diminuer, et, après les douleurs, la fluxion articulaire céder rapidement, ainsi que la fièvre, qui n'est que le produit de la multiplication des phlegmasies partielles; bref, ils verront les malades guérir en trois jours, comme l'ont vu MM. Hérard et Hardy. C'est là une règle absolue et non le résultat d'un accident, d'une série heureuse.

Avant d'entrer dans le fond de la discussion, M. Sée croit devoir répondre un mot à M. Ricord, dont il regrette l'absence, au sujet du malade dont il a été question dans la dernière séance. M. Ricord, mettant en doute le témoignage de M. le docteur Quesnoy, de M. Legouest et de M. Sée, a dit que le malade en question était entré en pleine convalescence d'une attaque grave de goutte au moment où la médication salicylée lui a été appliquée. M. Sée pourrait apporter le témoignage écrit du malade lui-même, mais il se contentera de mettre sous les yeux de l'Académie la lettre de M. le docteur Quesnoy, médecin habituel du malade. M. Quesnoy déclare qu'après trois mois de séjour au lit et de cruelles souffrances, le malade avait fini, en effet, par pouvoir se lever, faire quelques pas dans sa chambre et même quelques promenades en voiture. M. Ricord l'avait vu à ce moment, puis était resté dix-neuf jours sans revoir le malade. C'est dans cet intervalle que celui-ci fut tout à coup repris d'une violente recrudescence de l'attaque de goutte. Toutes les articulations redevinrent douloureuses, et le genou droit, en particulier, fut envahi par un épanchement considérable. Toutes les médications employées en pareil cas, le sulfate de quinine, le colchique, la morphine, etc., restèrent sans effet; le malade était cloué dans son lit par la douleur, qui le privait de mouvement et de sommeil. C'est alors que le salicylate de soude employé à la dose ordinaire, à la suite d'une consultation avec MM. Legouest, Quesnoy et Sée, fit disparaître les douleurs et la fluxion articulaire comme par enchantement, et que e malade se trouva guéri

avec une rapidité extraordinaire de la violente recrudescence de son attaque de goutte. M. Ricord, qui a cru pouvoir nier ces résultats, n'avait pas qualité pour parler de ce malade, puisqu'il avait été dix-neuf jours sans le voir.

Revenant aux faits contenus dans son mémoire, et dont la valeur a été contestée par M. Bouillaud, M. Sée demande si cet illustre maître persiste toujours à réclamer qu'on lui apporte dix cas de rhumatisme articulaire aigu guéris en trois jours par le salicylate de soude. Les six cas de M. Hérard et les quatre de M. Hardy font juste le nombre de cas réclamés par M. Bouillaud. M. Sée ne parle pas des siens, puisqu'ils sont suspectés. Mais ceux de MM. Hérard et Hardy ont été semblables, et si, dans ces observations, les résultats n'ont pas été aussi complets que les siens, c'est que, de l'aveu de ces observateurs, le médicament a été manié avec trop de timidité, a été supprimé trop tôt. Chaque fois que le médicament a été repris on a vu invariablement les bons effets se reproduire. Dès les douze premières heures les douleurs ont diminué, et, après deux ou trois jours, il y avait disparition complète de la fluxion articulaire et de la fièvre.

Relativement aux récidives, M. Sée dit qu'on peut les faire à volonté en supprimant trop tôt le médicament; mais on peut aussi à volonté les empêcher en continuant la médication au moins pendant une quinzaine de jours après la disparition des premiers accidents.

Dans les 52 observations relatées dans son mémoire, M. Sée a réuni 19 cas de rhumatisme articulaire aigu avec fièvre et 33 cas de rhumatisme apyrétique. Dans tous les cas les phénomènes ont suivi la même marche; il y a eu d'abord diminution et cessation des douleurs, puis de la fluxion articulaire, enfin de la fièvre. La plupart de ces malades avaient déjà eu des attaques de rhumatisme ayant duré en moyenne de quarante à quatre-vingts jours. M. Sée déclare qu'il n'a rien à ajouter ni à retrancher de son mémoire en ce qui concerne le rhumatisme articulaire.

Lorsque, en 1840, M. Bouillaud luttait pour faire admettre dans la science les faits nouveaux qu'il venait de découvrir, il demanda qu'on nommât une commission d'enquête chargée de vérifier les faits contestés. M. Sée réclame que l'on fasse vi-à-vis de lui ce que M. Bouillaud sollicitait pour lui-même en 1840.

M. Sée ne croit pas avoir méconnu, comme le lui a reproché M. Bouillaud, la part de mérite qui revient à son éminent collègue dans la découverte et la description de l'anémie; il a cité à diverses reprises, dans son livre sur les anémies, les travaux de M. Bouillaud sur cet important sujet.

Quant à l'emploi des saignées dans le rhumatisme articulaire aigu, M. Sée se défend d'avoir voulu les attaquer; ce qu'il recherche surtout, c'est une méthode qui abrége le plus possible la durée de cette cruelle maladie, qui éteigne le plus vite possible les phlegmasies articulaires, afin d'empêcher l'inflammation des articulations internes, si l'on peut ainsi parler, c'est-à-dire l'endocardite et la péricardite, car une fois la maladie du cœur produite, le salicylate de soude ne peut rien, pas plus, du reste, que les autres agents de la thérapeutique.

M. Bouillaud a demandé pourquoi M. Sée attachait une si grande importance au phénomène douleur dans le rhumatisme articulaire aigu; c'est que la douleur est, en effet, quoi qu'en dise M. Bouillaud, la traduction de l'acuité de la phlegmasie, et s'explique par la compression exercée par la fluxion sanguine sur les rameaux nerveux que M. Sappey a découverts en si grand nombre dans les tissus fibreux des articulations. Ces douleurs font des malades de véritables martyrs, elles empêchent le mouvement et le sommeil, elles les épuisent; elles ont donc à tous ces titres divers une importance exceptionnelle. Quand la salicylate de soude n'aurait d'autre effet que le combattre le phénomène douleur, ce que, de l'avis de M. Briquet, il fait plus rapidement et mieux que le sulfate de quinine, il y aurait là un grand service rendu aux pauvres malades.

M. Sée se défend d'avoir voulu, comme on le lui a reproché, faire du salycilate de soude une panacée. Il a été conduit naturellement, par les effets obtenus dans le rhumatisme, à employer ce médicament dans la goutte aiguë et chronique, et enfin dans diverses affections douloureuses, particulièrement dans ces douleurs souvent si persistantes et si intolérables qui accompagnent la sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

Dans des cas où les douleurs duraient depuis des mois et des années, M. Sée a vu ces douleurs céder en quarante-huit heures sous l'influence du salicylate de soude; et si, dans ces cas, on continue le médicament, on peut, sans modifier il est vrai la maladie elle-même, empêcher les crises douloureuses de se reproduire.

M. Ernest Besnier, dans une lettre qu'il a écrite à M. Sée, lui annonce qu'il a obtenu, dans un cas de sclérose avec arthropathies très-douloureuses, une sédation extrêmement rapide de ces douleurs à l'aide d'une dose de 8 grammes de salicylate de soude.

M. Sée dit, en terminant, qu'il considère le salicylate de soude surtout comme un analgé-

siant, au même titre que le sulfate de quinine, et dont l'action s'exerce principalement contre les douleurs profondes des articulations causées par la compression des nerfs articulaires sous l'influence de la fluxion rhumatismale.

M. Bouillaud persiste à croire, malgré tout ce qu'il vient d'entendre, qu'il n'existe qu'une seule méthode rationnelle de combattre le rhumatisme articulaire aigu, maladie essentiellement inflammatoire, c'est la méthode antiphlogistique. Seule cette méthode est appropriée à la nature pyrétique de la maladie, laquelle ne peut guérir rationnellement que par son contraire. Or, le salicylate de soude n'est pas un antiphlogistique; il n'existe donc aucun rapport entre la nature du médicament et la nature de la maladie qu'il prétend guérir. M. Bouillaud est tellement convaincu de cette vérité, qu'il considère les faits signalés par MM. Sée, Hérard et Hardy, ces prétendus succès, comme des insuccès déplorables, qui font que les auteurs lui semblent en quelque sorte, en les obtenant, avoir démérité de la thérapeutique. Ces faits sont à déplorer; car ils sont de nature à inspirer aux médecins une trompeuse sécurité par la facilité avec laquelle on obtient ainsi la disparition des manifestations articulaires, symptômes les moins importants de la maladie, tandis que la médication nouvelle demeure, de l'aveu de M. Sée, impuissante contre les lésions des membranes interne et externe du cœur, de la plèvre et des membranes cérébrales, lésions de beaucoup les plus graves.

On a dit, pour expliquer l'abandon déplorable de la méthode des saignées dans le traitement des affections inflammatoires, que la race avait dégénéré de nos jours, et qu'elle était devenue anémique. C'est là une erreur grossière; car l'anémie existait tout aussi fréquente qu'aujourd'hui au temps où M. Bouillaud obtenait la guérison radicale du rhumatisme articulaire aigu par la méthode antiphlogistique sagement appliquée, méthode qui est, encore une fois, la seule rationnelle et véritablement efficace, pour combattre les maladies de nature pyrétique.

M. Bouillaud ne nie pas que le salicylate de soude ne calme les douleurs du rhumatisme articulaire aigu, et que, à ce point de vue, M. Sée n'ait rendu service aux malades; mais ce n'est pas là le plus grand service qu'il y ait à leur rendre; ce n'est pas le rhumatisme externe qu'il faudrait guérir, mais le rhumatisme interne, celui du cœur ou du cerveau, et celui-là ne guérit ou n'est prévenu que par la méthode antiphlogistique.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

FORMULAIRE

Traitement de la blépharite marginale. — Testelin.

Le soir, on enduit le bord libre des paupières de pommade au calomel (calomel à la vapeur, 1 gramme; axonge, 6 grammes), et on applique par-dessus des cataplasmes chauds de farine de lin, de riz. Le lendemain matin, les croûtes sont bien ramollies, et on les enlève avec un linge trempé dans un collyre au bichlorure de mercure (bichlorure de mercure, 0 gr. 05 centigr.; laudanum de Sydenham, 1 gramme; alcool camphré, 1 gramme; eau, 125 grammes). Ce collyre est étendu de moitié de son volume d'eau chaude. — Cela fait, on coupe les cils, au ras de la peau, avec des ciseaux à extrémités mousses, et on répète cette opération, ainsi que l'application des cataplasmes, tous les cinq ou six jours, tant qu'il continue à se former des croûtes. Dans la journée, on pratique des lotions avec le collyre au bichlorure de mercure, coupé avec moitié eau chaude. — Au bout d'un certain temps, on remplace la pommade au calomel par la pommade à l'oxyde rouge de mercure (oxyde rouge de mercure, 0,20 centigr.; axonge fraîche, 2 grammes). — Mêlez très-exactement. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 12 Juillet 1662.

Guy Patin envoie à son ami Utembogard, d'Utrecht, des graines de plantes rares cultivées à Paris. C'est Denis Joncquet qui lui en avait fait don..... Il y aurait à écrire une notice biographique sur ce *Denis Joncquet*, qui fut docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, qui était passionné pour la botanique, et qui avait même, à lui, un jardin où les plantes les plus rares étaient cultivées avec soin et amour. *Joncquet*.. cela rappelle la *jonquille*, nommée ainsi en l'honneur du savant et noble admirateur de la nature. — A. Ch.

Théâtre du Palais-Royal. — Sont nommés médecins du théâtre du Palais-Royal :

MM. les docteurs Gillebert, Corlieu, Ley, Legroux, Driot, De Saint-Germain, Ménière, Carpentier, Barnier, Mayer, Laprat.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDES SUR L'ACIDE SALICYLIQUE ET LES SALICYLATES; TRAITEMENT DU RHUMATISME AIGU ET CHRONIQUE DE LA GOUTTE ET DES DIVERSES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX SENSITIF PAR LES SALICYLATES (1);

Communication faite à l'Académie de médecine, dans les séances des 26 juin et 3 juillet 1877,

Par M. le professeur Germain SÉE.

Pettenkoffer et Voit ont démontré que chaque fois qu'on fait usage d'une alimentation trop azotée, on obsorbe une plus grande quantité d'oxygène, et celle-ci est suffisante pour brûler entièrement les composés albuminoïdes et les transformer en urée. Il s'établit une sorte d'accommodation entre l'alimentation albuminoïde et la proportion d'oxygène absorbé.

Ainsi l'uricémie n'est pas le résultat exclusif d'un régime trop albuminoïde; l'alimentation la plus préjudiciable et la plus propre à développer la goutte serait une alimentation azotée abondante, combinée avec le sucre, la gélatine, la graisse; dans ce cas, il y a moins d'oxygène absorbé que dans le premier cas; les oxydations par conséquent diminuent; il se développe de la graisse dans les tissus; il se fait, par suite de cette consommation luxueuse, un véritable engraissement, et peut-être un excès d'acide urique dans le sang et les tissus. Ainsi, dans ces cas, l'uricémie est relative, en ce sens que l'acide urique ne se transforme pas en urée et s'accumule. Il reste toujours alors à expliquer la goutte des individus maigres et la goutte des pauvres, qui, il est vrai, est fort rare.

Pour éluder ces difficultés, on a imaginé une théorie qui n'a plus de rapport avec la théorie alimentaire; on admet que l'acide urique est retenu dans le sang par insuffisance de l'élimination à travers les reins (Garrod).

Il est des animaux qui se prêtent à merveille à ce genre de démonstration; ce sont les oiseaux qui, naturellement, n'éliminent par les urines que de l'acide urique; Zalesky, en liant les uretères à un oiseau, produit une accumulation de cet acide et d'urates dans la lymphe, puis dans le sang, et finalement un dépôt uratique dans les organes périphériques.

Mais, chez le goutteux, il n'y a aucun obstacle à l'élimination de l'acide urique,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3, 5, 7, 10 et 12 juillet.

FEUILLETON

CAUSERIES

Pour piper le public, il n'est pas de moyen que n'invente le charlatanisme, et les Académies, qui semblaient n'avoir été inventées que pour le garantir, ce bon public, contre les ruses de la fraude, servent souvent, au contraire et bien malgré elles, de prétexte et même de véhicule à la tromperie. Ainsi le bon public ne voit que du feu dans des annonces ou des réclames ainsi formulées : Médicament *présenté* à l'Académie de médecine; médicament qui a mérité un *rapport* de l'Académie de médecine; médicament *accepté* par l'Académie de médecine, etc. Et remarquez que ces formules sont absolument vraies; le médicament a été réellement *présenté* à l'Académie, mais l'Académie n'a témoigné ni approbation ni improbation; le médicament a obtenu un *rapport* de l'Académie, c'est vrai, mais le rapport a été négatif et défavorable; le médicament ou sa formule a été adressé à l'Académie sous pli cacheté, et l'Acamie a *accepté* le pli cacheté, c'est exact, mais cette acceptation n'implique absolument rien de favorable au médicament. Quels moyens les Académies auraient-elles de se soustraire à ces inconvénients? Je ne sais. Les maladroits sont ceux qui annoncent induement un médicament *approuvé* par l'Académie. Ici il y a mensonge, et l'Académie a le droit d'intervenir. Mais par quel *modus faciendi?* Invoquera-t-elle la loi et le droit de réponse? Un jurisconsulte prudent ne lui conseillerait peut-être pas de se donner ces ennuis et ces embarras, car il est probable que les Académies sont peu habiles à manier le papier timbré. D'ailleurs, il est singulier

du moins au début de la maladie, les reins sont parfaitement intacts; ils ne deviennent le siége de lésions atrophiques ou de dépôts d'urates qu'à une période avancée de la maladie; leur insuffisance d'action ne saurait donc être invoquée comme cause de l'accumulation de l'acide urique dans le sang.

Ainsi l'hypothèse de l'uricémie par rétention ne saurait se soutenir.

Voici une troisième théorie qui n'admet ni une rétention, ni un excès de production de l'acide urique; elle est basée sur l'insolubilité de l'acide urique dans le sang, sous l'influence de certaines conditions de régime; le régime azoté introduit dans le sang un excès d'acide phosphorique (phosphates) et d'acide sulfurique, qui s'emparent des bases alcalines, de manière à empêcher la transformation de l'acide urique qui est à peine soluble, en urate de soude soluble. Mais, en pareil cas, comment se fait le dépôt d'acide urique dans les tissus et les articulations?

On ne pourrait expliquer ainsi que la formation de la gravelle et non de la goutte. La gravelle, en effet, résulte de l'état insoluble de l'acide urique dans les urines qui sont trop concentrées pour le dissoudre; lorsque ce liquide n'est pas suffisant pour diluer l'acide urique ou les urates contenus dans les reins, il se forme des dépôts cristallins d'urates dans les reins et la vessie; c'est la gravelle urique.

Mais la gravelle urique n'est nullement synonyme de goutte. D'abord, les urines des graveleux ne contiennent pas un excès d'acide urique, mais simplement de l'acide urique cristallisé ou amorphe non dissous; puis la gravelle peut exister sans la goutte, et enfin, parmi les goutteux, il en est tout au plus un sur quatre qui soit affecté à la fois de la goutte et de la gravelle.

Ainsi les deux dernières théories sont inadmissibles; il n'existe pas de diathèse urique par rétention de l'acide urique, ni par accumulation de cet acide resté insoluble; il ne reste donc que l'uricémie d'origine externe, c'est-à-dire due à un excès de substances albumineuses; mais comme l'ingestion de ces matières protéiques entraîne une absorption plus considérable d'oxygène, qui les brûle jusqu'à les transformer en urée, il en résulte que le régime le plus nuisible est celui qui comprend non-seulement les principes azotés, mais encore une grande quantité de graisse, ou de gélatine, ou de sucre; en pareil cas, l'absorption d'oxygène étant normale, ces substances additionnelles emploient pour leur propre compte une certaine quantité d'oxygène qui devait augmenter les combustions, c'est-à-dire la formation de l'urée, en proportion des aliments et des tissus albuminoïdes. On s'explique ainsi le chiffre normal de l'urée éliminée chez les goutteux, malgré la quan-

---

comme les choses qui paraissent les plus simples, les plus correctes et les plus droites, se compliquent, s'embrouillent et deviennent confuses devant les robes noires.

Il est vrai aussi, et il faut leur rendre cette justice, que les robes noires ont le talent d'éclaircir ce qui paraît obscur, et de projeter la lumière sur des situations où l'on ne voyait pas clair. J'en citerai comme exemple le fait suivant, qui ne s'est pas passé en Béotie, c'est-à-dire à Paris, Paris où florissent les mystifications et les drôleries de ce genre, mais dans la ville surnommée « l'Athènes du Midi », où durant plusieurs années se sont passées les choses que vous allez voir. J'en emprunte le récit au *Journal de Toulouse*, qui l'emprunte lui-même à la *Gazette du Languedoc* :

Le héros de cette histoire, Lafargue, — c'est son nom, — est un homme de 40 ans environ, de belle mine, soigné dans son costume et à l'allure fine et élégante; une barbe noire taillée avec art et un lorgnon à l'œil complètent le portrait de cet extraordinaire prévenu, qui paraît surpris de s'entendre infliger, après de longs débats, la peine de cinq années d'emprisonnement.

Le ministère public ne lui reprochait que quatre sortes de délits : port illégal du ruban de la Légion d'honneur, usurpation de titres, exercice illégal de la médecine et escroqueries nombreuses.

Son histoire vaut bien la peine d'être narrée; elle a l'attrait du roman, avec la vérité en plus, et elle contient une morale qu'en notre siècle de relations faciles on semble ignorer, et que je traduis ainsi :

« Il ne faut pas accorder confiance
« A tout sujet ayant grande prestance. »

tité exagérée de principes azotés introduits dans l'organisme; c'est là une première fonction des aliments additionnels hydrocarburés ou gélatineux; ils empêchent les tissus organiques de s'user; ce sont des moyens d'épargne pour l'organisme; ils ont une autre fonction, c'est de favoriser ainsi la transformation des tissus ou principes albumineux en graisse.

On s'explique ainsi l'état *habituel* des goutteux; mais il y a à cette règle de nombreuses exceptions, et on ne saurait s'expliquer par l'uricémie d'origine alimentaire le développement de la goutte en général. L'uricémie acquise n'est pas absolument démontrée, et l'influence du régime n'est pas à l'abri de toute objection; qu'il nous suffise de constater la diathèse urique, sans affirmer qu'elle est exclusivement d'origine externe, sans oublier qu'il existe en pathologie des vices de nutrition, des déviations ou des exagérations du type normal; le type du genre est la *glycémie diabétique*, dont l'origine extérieure n'est pas toujours facile à démontrer; telle est la fonction uricémique qui, étant exagérée, constitue la goutte ou du moins son véritable caractère chimique et biologique; la goutte, en effet, dans les trois quarts des cas, constitue une maladie héréditaire et toujours une maladie constitutionnelle chronique avec ou sans manifestations aiguës.

Déductions thérapeutiques. — Il résulte de cette discussion que le régime alimentaire n'est guère en jeu dans la production nouvelle des accès; que l'oxygénation n'exerce qu'un rôle douteux, et que l'indication principale est de faciliter l'élimination de l'acide urique ou d'empêcher sa formation en excès.

Or, voici ce que fait le salicylate de soude : tout d'abord, chez les graveleux, il favorise manifestement l'élimination de l'acide urique, sans pour cela exercer une action diurétique constante; parfois aussi, chez les goutteux non atteints de gravelle, on peut constater jusqu'à 1 et demi à 3 grammes d'acide urique par litre d'urine.

D'une autre part, l'acide salicylique, en se transformant partiellement dans l'organisme en acide salicylurique, présente un autre avantage; en effet, il s'annexe du glycocolle puisé dans divers organes, notamment dans le foie, peut-être dans les reins, et devient ainsi un acide copulé, qu'on appelle salicylurique; celui-ci enlève à l'économie une certaine quantité de glycocolle, principe albuminoïde important. Sous ce rapport, l'acide salicylique ressemble de tous points à l'acide benzoïque, qui puise également du glycocolle dans les organes, et sort en grande partie par les reins sous forme d'acide conjugué, appelé acide hippurique; or, l'acide benzoïque

---

Lafargue a reçu, dans sa jeunesse, une certaine éducation, et à 20 ans il entrait dans l'administration du commissariat de la marine; il quitta bientôt cette honorable carrière pour aller dans une prison centrale expier, par dix années de réclusion, mille forfaits qui lui avaient mérité toute la rigueur de la justice criminelle.

Placé sous la surveillance de la haute police, en résidence à Toulouse, Lafargue est entré dans notre ville comme en un pays conquis. Nos cercles et nos salons se sont ouverts devant lui; il n'était pas de réception officielle à laquelle il ne daignât prendre part, et chacun de nous a pu coudoyer jusque dans les salons du grand quartier général ce repris de justice, dont l'habit noir ne dédaignait pas l'éclat du ruban rouge.

Le docteur Lafargue, c'est ainsi qu'il se faisait nommer et qualifier, avait des amis dans tous les mondes, même dans le monde médical, auquel il paraissait appartenir.

Pendant la maladie du docteur Cuson, l'intérim de médecin des prisons lui a été confié, et, sans avoir pris la moindre inscription à l'École, il a soutenu ce rôle trois mois durant.

J'ignore si les malades de la grand'rue Saint-Michel ont eu à se louer de ses soins; toujours est-il qu'à la pharmacie, on ne s'est pas aperçu qu'il traitât avec trop d'indépendance les formules du Codex.

Pendant l'inondation du 23 juin 1875, le docteur Lafargue s'offrit à l'administration pour donner ses soins aux victimes de Saint-Cyprien; ses offres ne furent point repoussées; quand le maréchal de Mac-Mahon visitait les quartiers inondés, on pouvait le voir à la suite du président, et accompagnant le colonel Duez, du 59e de ligne.

Mais, pour soutenir dignement ce genre de vie, il fallait des ressources, et s'en procurer n'est pas toujours facile, honnêtement du moins. La femme d'un officier étant tombée dans la misère, à la suite de la mort de son mari, Lafargue accepta avec bonheur et par pure huma-

et les benzoates jouissent, dans le traitement de la goutte, de propriétés curatives bien établies; le salicylate de soude leur est toutefois supérieur de tout point, car il possède, en outre, la propriété d'agir promptement sur l'élément douleur et sur les fluxions articulaires, tandis que les benzoates de soude ou de lithine ne produisent rien de semblable. Ainsi, en résumé, le salicylate de soude a des propriétés multiples : le pouvoir analgésiant, l'action décongestive ou résolutive, la propriété éliminatrice dans certains cas; enfin, la faculté d'user en partie le glycocolle, qui constitue une substance albuminoïde des plus importantes.

Résumé d'observations de goutte aiguë. — J'ai traité sept malades atteints de goutte aiguë. Le premier est un malade âgé de 54 ans, qui a la goutte depuis vingt ans; ses accès se répètent trois à quatre fois par an, et n'ont pas une durée moindre de quatre semaines; le 15 janvier, la maladie se manifesta avec intensité dans le poignet droit, dans le genou et l'articulation tibio-tarsienne gauches; les douleurs, la tuméfaction étaient des plus prononcées. A la suite de l'usage quotidien de 10 grammes de salicylate de soude, tous les phénomènes indiqués disparurent en trois jours, et les articulations reprirent leur souplesse.

Mêmes résultats sur un artiste célèbre âgé de 75 ans, sujet depuis trente ans à des accès; deux jours de traitement; disparition de tous les phénomènes fluxionnaires sans que la médication portât la moindre atteinte à la santé générale.

Chez un malade qui a des tophus nombreux aux doigts et aux genoux, la maladie procédant par attaques très-douloureuses, qui duraient habituellement plusieurs semaines, le salicylate de soude à 10 grammes fit cesser les douleurs en vingt-quatre heures; le même remède fut continué ensuite à la dose de 5 grammes, et les tumeurs tophiques diminuèrent d'une manière très-marquée.

Chez un autre malade, que je traitais depuis longtemps par l'iodure de potassium à 3 grammes par jour, et qui depuis deux ans n'avait pas eu d'accès, il survint un accès très-violent et étendu, qui céda en quatre jours sous l'influence des préparations salicyliques.

Il est inutile de citer les autres observations, elles présentent la plus parfaite analogie : cessation rapide des douleurs, puis diminution des fluxions articulaires, et guérison de l'attaque en trois à quatre jours.

Les mêmes phénomènes ont été observés sur deux malades par un agrégé distingué de la Faculté, le docteur Bouchard.

Observations de goutte chronique. — Ces observations, au nombre de quatorze,

---

nité de recueillir quelques secours pour lui venir en aide; il a de grandes relations, il les exploite avec art, mais la malheureuse veuve n'a jamais touché la moindre obole de 1,200 fr. que la charité avait remis aux mains de son zélé bienfaiteur.

Un commissaire de police est révoqué, et Lafargue, dont l'influence se fait sentir, dit-il, jusque dans les ministères, lui offre de le faire réintégrer dans ses fonctions moyennant quelques avances de fonds nécessaires pour son voyage à Paris. Pas n'est besoin de dire que le commissaire a été très-généreux envers celui qui se disait son sauveur, et qu'il attend encore le décret de réintégration.

Cinq années d'emprisonnement, maximum de la peine, sont le couronnement de la brillante carrière de notre docteur.

Comment se fait-il que Lafargue, venu à Toulouse pour y être surveillé par la police, ait pu s'y montrer au grand jour et y jouer un rôle marquant sans être démasqué ?

C'est là un secret que les registres secrets de la sûreté pourraient peut-être éclaircir.

Franchement, si cet aimable farceur avait des accointances avec la police secrète, comme l'insinue la *Gazette du Languedoc*, la police aurait pu lui demander autre chose que de lui confier un service médical dans la prison de Toulouse. C'est égal, je suis contrarié que ces choses aient pu se passer dans la ville où j'ai vu le jour.

Usons-en vite pendant qu'il guérit! voilà ce que disent actuellement tous les médecins en présence des rhumatisants et des goutteux, et en leur prescrivant le salicylate de soude. C'est un véritable événement médical qui vient de se produire à la tribune de l'Académie de médecine. Le sulfate de quinine ne se présenta pas aux praticiens avec un pareil cortége de guérisons. 52 sur 53! 99 p. 100, jamais la thérapeutique n'a rien vu de semblable, et l'on com-

comprennent la goutte chronique sous toutes ses formes ; un seul de ces malades présentait le type de la goutte asthénique indolente, localisée dans les deux poignets et les deux articulations tibio-tarsiennes; chez ce malade, la médication réduisit au bout de quinze jours très-sensiblement le volume des jointures affectées.

Chez les treize autres, la maladie occupait et immobilisait depuis plusieurs mois, et même chez deux malades depuis trois ans, toutes les jointures des membres inférieurs, en y produisant des douleurs vives par le moindre mouvement ou même au repos; ces articulations, principalement des genoux, des pieds et des orteils, présentaient une tuméfaction considérable, avec rétraction des membres, empâtement de tous les tissus périarticulaires. Chez cinq de ces malades, condamnés ainsi au repos, la goutte avait envahi en même temps les poignets et les petites articulations des phalanges, de manière à empêcher la préhension des objets et l'écriture; de plus, sur deux de ces patients on put constater une demi-ankylose de l'épaule et du coude d'un côté; enfin dix malades sur treize présentaient des tophi en divers points du corps, soit près, soit loin des articulations. Voilà l'état local des malades lorsque je commençai le traitement; les organes internes étaient intacts, à l'exception du cœur, que chez deux malades je trouvai frappé d'arrythmie avec dégénérescence graisseuse et un léger œdème des pieds. Chez deux autres je notai la gravelle urique; chez un troisième, des traces d'albumine dans les urines.

Tous ces malades indistinctement avaient subi les traitements les plus divers, qui sont en usage en pareil cas, et qu'il me suffit d'énumérer.

1° Les préparations de colchique sous les formes les plus variées, teinture, vins, élixirs, pilules, sirops, préparations faites soit avec les semences, soit avec les bulbes du colchique; la plupart des malades ne s'en servaient qu'au moment des recrudescences; beaucoup étaient soulagés momentanément; la plupart ne purent en continuer l'usage.

2° Le sulfate de quinine associé ou non au colchique; 3° le café vert; 4° la tisane de frêne; 5° les divers sels de lithine; 6° les benzoates; 7° les alcalins.

Je ne fais qu'indiquer les eaux minérales les plus usitées; beaucoup d'entre elles ont été mises en usage par la plupart de nos malades; je cite principalement les eaux thermales alcalines de Vichy, de Carlsbad; les eaux plus faibles, moins minéralisées, souvent plus utiles, de Plombières, Néris, Wildbad, Tœplitz; les eaux chlorurées sodiques de Bourbonne, de Wiesbaden; les sources lithinées d'Ems, de Royat; enfin, l'hydrothérapie.

---

prend l'étonnement de l'Académie au récit de ces merveilles cliniques. A la réflexion, on s'est dit qu'il n'était pas possible qu'un praticien de la valeur de M. Sée, qu'un professeur de clinique ait cédé à quelque entraînement, ait été dupe de quelque illusion, et qu'il fallait bien accepter les faits observés et relatés par M. Sée, quitte à faire les réserves de M. Hardy et dire comme lui : « C'est peut-être une veine, une série heureuse »; ce que M. Sée conteste d'ailleurs énergiquement. Un série heureuse de 52 cas paraîtrait, en effet, bien extraordinaire.

Je me permettrai une petite réflexion. La médication salicylique n'a pas été inventée en France, l'historique de M. Sée en fait foi, et quoique la salicyne ait été découverte par un pharmacien français, nous n'avons rien à revendiquer dans la priorité de l'emploi de cette médication, si ce n'est peut-être, — car je n'en suis pas bien sûr, — la substitution faite par M. Sée du salicylate de soude à l'acide salicylique. Eh bien! qui donc, en Europe, si n'est en Allemagne, avant les tentatives de M. Sée, employait la médication salicylique? Vous allez voir, maintenant qu'à la tribune académique française a été portée cette question thérapeutique, vous allez voir comme cette médication va se propager.

O mon beau pays de France! si tu n'es pas toujours la terre de l'initiative, tu es certainement toujours le pays de la propagande, du perfectionnement, de la mesure, et de cette qualité suprême, le goût!

Dr Simplice.

La peste. — La Société de médecine de Marseille, préoccupée des dangers que la réapparition de la peste en Orient pourrait faire courir à l'Europe, vient de s'adresser, par l'intermédiaire de son président, au ministre compétent, afin qu'il oppose à toutes les réclamations du commerce d'importation l'inflexibilité des règlements destinés à garantir la santé publique.

Résultats du traitement. — La médication salicylique fut donc tentée dans les conditions les plus défavorables; or, voici les résultats obtenus; en même temps, j'indique les difficultés de cette médication.

Tous ces malades, qui ont été suivis depuis un à quatre mois, sans cesser un seul jour l'usage du salicylate, ont tous éprouvé dès les premières doses un soulagement aussi prompt, une disparition aussi rapide des douleurs que dans la goutte aiguë, ou que dans le rhumatisme articulaire aigu. Peu à peu, c'est-à-dire dans un espace de temps variant de six à quinze jours, les tissus périarticulaires étaient dégonflés, les mouvements devenus libres, et la plupart des malades ne conservaient plus qu'une tuméfaction peu marquée des articulations; celle-ci, à son tour, finit par céder, et il ne reste plus chez certains de ces patients de traces de gonflement.

Mais la guérison n'est pas toujours obtenue sans de sérieux inconvénients. Dans tous les cas, indistinctement, il est survenu des troubles de l'ouïe, des bourdonnements d'oreilles, des bruits incessants dans la tête, et très-souvent une surdité plus ou moins considérable, qui ordinairement diminue, dès qu'on a pu abaisser la dose de salicylate de soude à 4 ou 5 grammes par jour.

Chez deux malades j'ai constaté une sorte d'ébriété avec de la faiblesse des membres et de la titubation dans la marche; ces phénomènes n'ont existé que pendant la durée du traitement actif par 8 à 10 grammes de salicylate.

Très-souvent il survient une diaphorèse abondante qui finit également par disparaître au bout de quelques jours.

Dans un cas, enfin, il s'est manifesté une somnolence très-pénible, qui a cédé après quelques jours de traitement.

Au résumé, les phénomènes les plus graves, et qui constituent ce qu'on pourrait appeler le salicylisme, ce sont, d'une part, la surdité et, d'une autre part, la débilitation musculaire; ces phénomènes se produisent particulièrement chez les vieillards.

Lorsqu'il existe une maladie du cœur, les bruits anormaux du cœur, et le pouls, ainsi que la tension artérielle ne subissent pas de modifications; mais, malgré ses propriétés diurétiques, le médicament n'agit pas favorablement sur l'œdème cardiaque.

A plus forte raison lorsqu'il y a une altération quelconque des reins, à l'exception de la gravelle, faut-il user de la médication avec la plus grande prudence; dès que les reins sont atrophiés, soit par la maladie, soit par l'âge, l'élimination du médicament par les urines étant entravée, il en résulte localement de l'irritation rénale caractérisée par une augmentation de l'albuminurie, d'une autre part des accidents plus intenses du salicylisme par suite de l'accumulation du médicament dans le sang.

Quant à une métastase sur le cœur ou l'estomac, il n'en a pas été question.

VI. — GRAVELLE; — AFFECTIONS RÉNALES ET VÉSICALES.

A l'occasion de la goutte, je citerai les effets de la médication salicylique dans le traitement de la gravelle urique et de ses diverses manifestations. S'agit-il de l'élément douloureux de la gravelle, c'est-à-dire de la colique néphrétique, le médicament paraît hâter la terminaison de la crise et favoriser l'expulsion du gravier dans le conduit de l'uretère. S'agit-il de la gravelle indolore, le salicylate, et même l'acide salicylique sans la soude, provoquent habituellement l'émission d'urines très-chargées de sable urique.

Il arrive même que chez les malades qui, depuis longtemps, n'avaient pas eu d'émission de sable, le médicament fait reparaître l'acide urique cristallisé ou amorphe dans les urines.

Ces faits sont d'autant plus probants, que je prescrivais l'usage simultané des eaux minérales, pour pouvoir apprécier l'effet du remède sans aucun adjuvant.

A l'exception de la gravelle rénale, toutes les néphrites contre-indiquent formellement l'usage de ce moyen thérapeutique, qui produit des congestions hémorrhagiques et augmente l'albuminurie.

Dans les maladies de la vessie, particulièrement dans la cystite avec décomposition de l'urine, on a recommandé les injections d'acide salicylique au 300e ou 500e. L'usage interne de 3 grammes d'acide a suffi, d'après Furbringer, chez plusieurs malades de la clinique de Heidelberg atteints de catarrhe vésical, pour détruire l'alcalinité des urines, l'odeur fétide, le mucus et les bactéries qui y étaient en grand nombre; mais les globules de pus persistèrent, bien que l'acidité reparût, et ces faits sont peu probants.

M. Gubler a raison de dire que l'acide salicylique est un antizymotique direct, utile contre les fermentations qui ont lieu dans les réservoirs, mais qu'il n'y a pas à y compter pour le sang. (Thèse de Hogg, p. 70.)

VII. — NÉVRALGIES.

Les effets sédatifs des préparations salicyliques étant bien établis dans le traitement du rhumatisme et de la goutte, j'ai cherché à en étendre les applications au traitement des affections douloureuses en général; voici la série d'états nerveux dans lesquels les salicylates paraissent indiqués.

Névralgie sciatique. — J'ai soumis au traitement par les salicylates 4 cas de sciatique; voici ce que j'ai observé :

Dans deux cas de sciatique déjà ancienne, la guérison fut complète en quelques jours; mais dans un troisième cas, également traité en ville, l'insuccès fut complet; il s'agissait d'une névrite sciatique datant de trois ans, qui avait résisté à toutes les médications.

Dans un quatrième cas, traité à l'hôpital, l'insuccès fut également marqué ; il s'agissait d'une jeune fille, qui n'a éprouvé d'ailleurs non plus qu'un soulagement passager par les cautérisations à l'aide de l'appareil de Paquelin.

Tic douloureux de la face. — Un des faits les plus probants de l'action du remède se rapporte au tic douloureux de la face. Il s'agit d'un malade atteint de cette maladie depuis dix ans, pendant lesquels il passait habituellement plusieurs mois chaque année à l'hôpital; à l'Hôtel-Dieu, il avait été traité par M. Fauvel, et soulagé par le sulfate de quinine et le bromure. A son arrivée dans mon service, il était sous l'influence d'une crise des plus douloureuses; en vingt-quatre heures il fut débarrassé à l'aide de 10 grammes de salicylate; puis, comme de son propre aveu, il cessa au bout de trois jours de suivre exactement la prescription, il éprouva une rechute ; cette fois, il réclama le médicament et fut guéri en quarante-huit heures. Après quinze jours il quitta l'hôpital, n'ayant subi que deux ou trois jours de souffrances.

Céphalée; migraines. — J'ai vu deux malades qui ont été guéris d'une céphalée persistante, en prenant 4 à 6 grammes de salicylate de soude pendant dix jours.

Dans les migraines, j'ai constaté également des effets favorables; mais cette amélioration ne constitue pas la règle; chez deux malades sur quatre que j'ai traités ainsi, il ne s'est pas produit d'effet plus avantageux que par le sulfate de quinine associé au bromure de potassium, traitement qui réussit dans un grand nombre de cas.

VIII. — AFFECTIONS DOULOUREUSES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Il s'agit ici de ces affections graves de la moelle épinière, de ces myélites superficielles, de ces scléroses des cordons postérieurs et d'autres lésions encore mal déterminées, qui s'accompagnent de douleurs vives, persistantes, suivant le trajet des nerfs sciatiques, ou de douleurs en ceinture, ou d'irradiations douloureuses vagues non délimitées dans leur distribution anatomique.

Je parle surtout de la maladie grave qui, sous le nom d'ataxie locomotrice, ou de sclérose des cordons postérieurs de la moelle, produit cette série multiple de douleurs, d'hyperesthésie, de crampes, de contractions partielles, sans type, sans régularité, constituant les douleurs fulgurantes; il est des ataxiques qui, pendant des années, ne présentent pour ainsi dire que cette forme douloureuse si bien décrite par Duchenne de Boulogne; ils n'ont que peu de troubles moteurs, pas de phénomènes oculaires; la maladie est dissociée, comme Charcot l'a bien démontré.

Dans ces conditions, et quel que soit du reste le degré des troubles de la motilité, il y a des périodes d'aggravation, qu'on pourrait appeler des douleurs fulgurantes, des crises violentes qui alternent parfois avec les crises stomacales, et qui peuvent durer des mois entiers.

Il s'agit de soulager ces malheureux ataxiques de leurs cruelles souffrances ; or, dans ce but, nous avons employé, le plus souvent sans succès, les moyens calmants, les sédatifs les plus énergiques, tels que les injections de morphine, le chloral en potion ou en lavement, qui produisent quelque répit, mais dont on est obligé d'augmenter la dose jusqu'à produire le morphisme, le chloralisme.

On a essayé les courants continus qui, malheureusement, ne sont pas indiqués dans la période des crises, l'hydrothérapie, qui ne donne aucun résultat favorable dans les phases douloureuses de la maladie, les eaux calmantes, comme celles de Néris, qui semblent procurer quelque bien, ainsi que je l'ai constaté; enfin le bromure de potassium, qui débilite considérablement les malades.

Dans les circonstances perplexes, le salicylate de soude produit le plus souvent un calme immédiat. J'ai vu, à l'hôpital, un fait des plus probants chez une femme âgée de 54 ans, deux cas dans ma pratique particulière, un quatrième cas avec mon distingué collègue Vidal; de son côté, M. Bouchard a bien voulu me remettre quatre observations recueillies à Bicêtre, sur des ataxiques dont la maladie remontait à de longues années; — au moment des crises douloureuses, M. Bouchard administra 10 grammes de salicylate de soude : les douleurs cessèrent le jour même ou le lendemain; presque toujours on fut obligé, après avoir supprimé la prescription, d'y revenir pendant quelques jours, et au bout d'un temps variant de dix à quinze jours, les douleurs avaient cessé d'une manière définitive.

Chez une ataxique que j'ai observée à l'hôpital, les douleurs disparurent au bout de deux jours ; mais la malade s'étant refusée, à cause des bourdonnements d'oreilles et de surdité, à continuer le remède, les crises reparurent, puis cédèrent définitivement lorsque la malade consentit à l'usage du médicament.

Dans les deux cas que j'observai dans ma pratique, les douleurs vives s'atténuèrent rapidement. Il en fut de même chez un ataxique, pour lequel M. Vidal voulut bien demander mon avis; les douleurs disparurent immédiatement, mais il resta des crampes non douloureuses dans les pieds au moment de la marche.

Outre les ataxiques, j'ai eu l'occasion de traiter trois malades atteints de myélite avec paraplégie incomplète et douleurs d'irradiation dans les membres inférieurs. Je parvins à faire cesser les douleurs; mais il m'a semblé que le médicament augmentait la faiblesse musculaire, et je discontinuai l'usage du médicament dès que les sensations douloureuses vinrent à cesser.

IX. — DOULEURS VISCÉRALES.

Au point de vue des affections de l'estomac et des intestins, je n'ai jamais observé de résultats notables; je ne citerai pour terminer qu'un cas de colique hépatique, qui cessa en deux heures sous l'influence de la médication salicylique.

RÉSUMÉ THÉRAPEUTIQUE.

1° Comme médicament antizymotique externe, l'acide salicylique a une action incontestable, mais qui ne dépasse pas celle de l'acide phénique, et n'a d'autre avantage que d'être dépourvu d'odeur. Comme antiseptique interne, l'acide salicylique ne présente aucun effet appréciable ni dans les affections purulentes, ni dans les maladies contagieuses et parasitaires, comme la diphthérie, le muguet, ni dans les gangrènes, ni enfin dans les diabètes, où l'on fait intervenir à tort ou à raison l'action d'un ferment.

2° Comme médicament antipyrétique, le salicylate et l'acide salicylique jouissent de propriétés transitoires et douteuses, même lorsqu'il s'agit de fièvres spécifiques, miasmatiques, virulentes, etc.; ainsi, il n'a pas de supériorité marquée sur le sulfate de quinine; le salicylate de quinine lui-même ne saurait encore prendre un rang définitif dans la thérapeutique des fièvres palustres. Impuissant dans la curation

de la variole, le salicylate de soude n'a pas fait ses preuves dans le traitement de la fièvre typhoïde; son pouvoir fébrifuge est des plus limités.

3° C'est dans le rhumatisme articulaire aigu qu'on observe les effets les plus sûrs, les plus prompts, si bien qu'on peut affirmer presque à coup sûr la guérison du rhumatisme aigu, fébrile ou apyrétique, dans l'espace de deux à quatre jours : 51 cas en font foi.

4° Dans le rhumatisme chronique simple, les essais que j'ai institués sont des plus satisfaisants; il en est de même dans les crises aiguës qui se manifestent de temps à autre, soit dans le rhumatisme simple, soit même dans l'arthrite noueuse; les attaques douloureuses cessent aussi vite que dans le rhumatisme aigu. Il y a plus, les engorgements articulaires diminuent considérablement, et les mouvements peuvent devenir libres, même après des années de douleurs, de rigidité et d'immobilité, à condition que les lésions osseuses ne soient pas trop profondes, trop avancées (douze observations de rhumatisme chronique guéri ou amélioré).

5° Mais c'est dans la goutte aiguë et chronique que les résultats sont le plus remarquables; dès mes premières expériences, je fus frappé de la promptitude avec laquelle les accès aigus les plus douloureux furent enrayés; dans l'espace de deux à trois jours, les douleurs, la fluxion articulaire, la rougeur de la peau, la sensibilité au toucher, tout avait disparu.

La goutte chronique ne se prête pas moins bien aux applications de la médication salicylique. Par cette méthode de traitement continué, même à doses modérées, les malades sont absolument à l'abri de tout accès aigu.

D'une autre part, les engorgements chroniques périarticulaires disparaissent avec facilité; les tophi des articulations diminuent et cessent de s'enflammer; en un mot, la guérison peut être complète, sans qu'il se produise aucune métastase sur le cœur, l'estomac, les organes respiratoires ou le cerveau; il ne m'a pas été donné une seule fois, dans les 21 cas que j'ai pu suivre, de constater la moindre rétrocession de la goutte vers les organes internes.

Il n'y a eu d'autre inconvénient que le développement des troubles de l'ouïe, et parfois d'un certain degré de faiblesse ou de narcotisme; ces deux derniers phénomènes disparaissent dès qu'on diminue la dose; les perturbations de l'audition sont bien plus persistantes.

Parmi les affections qui sont souvent de nature goutteuse, il faut citer la gravelle, qui se modifie très-favorablement ou plutôt s'élimine plus facilement à l'aide du salicylate de soude, qui a en outre l'avantage de calmer les douleurs néphrétiques.

6° La médication salicylique a paru modifier avantageusement certaines névralgies faciales; mais cette action n'est pas définitivement établie; il en est de même pour le traitement de la sciatique par ce moyen.

7° Dans les maladies douloureuses de la moelle épinière, le salicylate de soude produit les effets calmants les plus nettement appréciables; mais, par la continuité du traitement, il peut en résulter un certain degré de faiblesse.

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE (*Clinical lectures and essays*), par sir James PAGET, traduit de l'anglais par le docteur L.-H. PETIT, et précédé d'une Introduction de M. le professeur VERNEUIL. — Paris, 1877; Germer-Baillière et Cie, libraires.

Depuis quelques années déjà les traductions se multiplient, et mettent à la portée de chacun les meilleurs produits de la littérature médicale étrangère. Mais celle-ci offre un intérêt spécial, et une actualité plus grande que toute autre. En effet, ce n'est pas seulement le nom célèbre de Paget et la valeur bien connue de ses travaux qui recommandent ce livre à notre attention; c'est encore et surtout la tendance qu'on remarque dans un bon nombre des leçons cliniques de l'auteur à porter dans ses études et dans son enseignement un *esprit médical* qui est chez nous à l'ordre du jour. Il est bien curieux, à ce point de vue, de lire l'Introduction que M. Verneuil a placée en tête de l'ouvrage. L'éminent professeur de clinique, en inspirant l'idée de cette traduction à un de ses meilleurs et de ses plus laborieux élèves, a pris un rôle qui lui

revenait tout naturellement, celui de patronner parmi nous des idées et une tendance scientifique dont il s'est fait depuis longtemps, en France, l'initiateur.

L'œuvre tout originale de Paget semble porter ainsi le cachet de deux individualités chirurgicales ; et, bien que d'un caractère très-personnel, l'enseignement qu'il renferme se présente avec une double autorité. Car c'est à l'insu l'un de l'autre, et sans aucune entente, que les deux auteurs ont suivi une voie parallèle, et développé des idées analogues sur certains points essentiels de la chirurgie. Les passages suivants en font foi :

« Pour l'homme qui cherche à faire triompher des idées qu'il croit utiles, dit M. Verneuil, il n'est pas de plaisir plus vif que de se trouver en communion avec les savants de son époque, quels que soient leur âge, leur position et leur nationalité.... Or, à tous moments, je retrouve dans le texte de M. Paget des façons de voir qui sont les miennes.... Nous sommes surtout convaincus du rôle important que les maladies constitutionnelles jouent dans l'évolution et le pronostic des affections chirurgicales, et sans cesse nous étudions, en même temps que la blessure, le blessé et le milieu qu'il occupe.

« Sous ce rapport nous sommes arrivés, M. Paget et moi, à des conclusions analogues, à ce point qu'on pourrait nous croire en collaboration véritable, ou nous accuser l'un ou l'autre de nous être copiés....

« Le redoutable problème du pronostic des blessures accidentelles ou chirurgicales s'est posé simultanément de chaque côté du détroit devant deux chirurgiens, et voilà tout.

« J'avoue, non sans quelque honte, que par un hasard singulier je n'avais pas eu connaissance des articles épars insérés par M. Paget dans différents journaux anglais. De son côté, l'honorable chirurgien de Londres, à qui j'adressai, il y a un an, mes travaux sur notre sujet favori, m'exprimait le regret de les avoir ignorés jusqu'ici.

« Si je ne m'abuse, l'accord qui règne entre M. Paget et moi sur certaines doctrines fondamentales, prouve en faveur de celles-ci et m'enhardit à les défendre plus que jamais.... »

Le maître français fait surtout allusion, dans ces lignes, aux chapitres intitulés : *Risques divers des opérations ; Considérations sur quelques maladies constitutionnelles ; Calamités de la chirurgie.* Dans ces chapitres se trouvent consignés d'importants principes de chirurgie générale, relatifs aux dangers que courent les opérés suivant leurs forces, leur âge, leur état diathésique ; relatifs encore à l'hérédité, à l'évolution des maladies constitutionnelles, à la mort imprévue qui suit les opérations, aux affections graves consécutives à des opérations légères, enfin aux conditions dans lesquelles il faut opérer, choix du milieu, choix de la méthode thérapeutique et du procédé opératoire, etc. L'intérêt de pareils sujets ne peut échapper à personne.

Les parties consacrées à la pathologie descriptive ne sont pas moins remarquables, par la tendance constante de l'auteur à formuler des lois utiles, à mettre en évidence des principes, en même temps que par la concision et la simplicité du style. L'énoncé de quelques titres suffira pour donner une idée de l'importance ou de l'originalité des sujets choisis par l'auteur : Quatre leçons traitent de la *hernie étranglée ;* les *affections organiques simulées* (*nervous mimicry, neuromimésie*) en occupent six autres ; notons aussi : *Affections que les rebouteurs guérissent ; pyohémie chronique ; du bégayement avec d'autres organes que ceux de la bouche ; phlébite goutteuse, scrofule sénile,* etc.

Un mot maintenant de la traduction. M. Petit nous paraît avoir mis beaucoup de soin à serrer le texte de près, à rester littéral autant que faire se peut, à se priver des périphrases qui dénaturent ou affaiblissent l'idée sans ajouter rien au mérite du traducteur. On sent que Paget est traduit, non interprété ; c'est l'auteur lui-même qui parle dans notre langue. J'insiste sur ce caractère de l'œuvre de notre ami ; car, si modeste que fût son rôle, il n'en était pas moins grave, et difficile à remplir.

L.-Gustave Richelot,
Prosecteur à la Faculté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bonnafont lit une note sur la trépanation de la membrane du tympan pratiquée avec succès pour un cas de surdité ancienne, qui avait résisté à tout traitement. (Cette note sera publiée prochainement dans l'Union Médicale.)

MM. F. Raoult et H. Breton adressent une note sur la présence ordinaire du cuivre et du zinc dans le corps de l'homme :

« La présence ordinaire d'une certaine quantité de cuivre et de zinc, dans le corps des animaux, a été indiquée depuis longtemps. Comme les toxicologistes agitent de nouveau la ques-

tion, nous croyons utile de présenter à l'Académie les résultats d'une expertise judiciaire faite par nous, à la fin de l'année 1874, en vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction de Grenoble. Voici la la copie textuelle d'une partie du Rapport que nous avons rédigé à cette occasion, et qui nous semble présenter un intérêt général.

. . . . . Nous avons fait diverses expériences comparatives, sur des matières organiques non suspectes, en vue de savoir : 1° si le zinc et le cuivre ne peuvent, dans la suite des opérations, être fournis par les réactifs ou les appareils; 2° si ces métaux n'existent point naturellement, dans certaines matières animales ou végétales, analogues à celles qui ont été soumises à notre examen. Toutes ces expériences comparatives ont été faites par un même procédé, que voici en abrégé : les matières sont carbonisées avec un peu d'acide sulfurique pur; le charbon est chauffé au rouge sombre et, en grande partie, brûle à l'air; lorsque la combustion devient difficile, à cause du ramollissement du résidu, on épuise celle-ci par un peu d'acide azotique et d'eau, on achève l'incinération, on traite les cendres par l'acide azotique et l'on réunit les liqueurs. On évapore à siccité. A partir de ce moment, on continue l'opération comme il a été dit plus haut. Dans tous les cas, nous nous sommes servis des mêmes réactifs et des mêmes appareils.

Première expérience : Elle a porté sur 500 grammes de racines de réglisse sèche. Elle n'a fourni ni cuivre, ni zinc.

Deuxième expérience : Elle a porté sur 400 grammes d'intestins provenant d'un homme vigoureux, noyé par accident; elle n'a point donné de zinc du tout, et elle n'a fourni que des traces de cuivre.

Troisième expérience : Elle a été faite sur environ 700 grammes de foie (pesé humide) provenant d'un homme mort à l'hôpital de Grenoble, à la suite de l'opération de la taille. Elle a fourni 2 milligrammes de cuivre et 7 milligrammes de zinc.

Quatrième expérience : Elle a porté sur environ 400 grammes de foie (pesé humide) pris sur un phthisique mort à l'hôpital de Grenoble. Elle a donné 6 milligrammes de cuivre et 12 milligrammes de zinc.

Il y a donc ordinairement, dans le corps de l'homme, du cuivre ou du zinc, en quantité plus ou moins considérable. Si certains toxicologistes n'ont pas réussi à découvrir ces métaux, c'est qu'ils n'ont pas toujours employé les moyens convenables. Le cuivre, en particulier, reste obstinément dans le charbon sulfurique, malgré les lavages prolongés avec l'acide azotique chaud, et, pour mettre ce métal en évidence, il est nécessaire d'incinérer le charbon; or, c'est ce que tous les expérimentateurs ne font point. Cela peut tenir aussi à ce que le cuivre et le zinc manquent réellement chez certaines personnes. La proportion de cuivre et de zinc, dit *normal*, existant chez les divers individus, doit vraisemblablement varier beaucoup suivant leur âge, leur état de santé, la nature de leur alimentation et celle des ustensiles ordinairement mis en contact avec leurs boissons ou leurs aliments. Il en résulte que, pour avoir la preuve chimique d'un empoisonnement par les composés de cuivre et de zinc, il ne suffit pas de constater dans le cadavre l'existence de ces métaux : il faut constater, en outre, que la quantité de cuivre et de zinc, trouvée dans un poids donné de matières incriminées, est notablement supérieure à la quantité *maxima* qu'on peut trouver, par les mêmes moyens, dans le même poids d'autres matières provenant de personnes ayant vécu à peu près dans les mêmes conditions. Cela dit, nous allons présenter un tableau récapitulatif des résultats de nos analyses, rapportés, par le calcul, à *un kilogramme* de matière organique, tout en faisant remarquer que, les matières organiques ayant été pesées à des degrés différents d'humidité, ces résultats ne sont pas rigoureusement comparables.

		Cuivre.	Zinc.
1 kilogramme	de bois de réglisse.........	néant	néant
—	d'intestin d'un noyé........	traces	néant
—	de foie d'un calculeux......	3 milligr.	10 milligr.
—	de foie d'un phthisique......	15 —	30 —
—	de foie de X... (jeune femme).	7 —	34 —
—	de foie de Y... (vieillard)....	10 —	76 —

Les évaporations et les incinérations ont été faites dans des capsules de porcelaine, sur des fourneaux à gaz entièrement en fonte, préalablement frottés et nettoyés à fond par nous-mêmes, placés dans une cour, sous un hangar et loin du laboratoire. Les analyses ont été faites dans un laboratoire spécial, où l'on s'est abstenu, pendant tout le temps de l'expertise, de balayer, d'introduire des sels de cuivre et de zinc, d'employer des tubes de caoutchouc contenant de l'oxyde de zinc, et même d'allumer des becs de Bunsen en cuivre.

Si nous n'avons pas soumis ces recherches à l'Académie, à l'époque où elles ont été faites, c'est que nous pensions que la présence ordinaire du zinc et du cuivre, dans l'économie, était admise par la majorité des toxicologistes. » — M. L.

FORMULAIRE

Pommade contre la blépharite marginale. — Testelin.

Turbith minéral. . . . . 0 gr. 40 centigr.
Axonge. 4 grammes.

Mêlez. — Éviter que cette pommade, qui est irritante, touche la face interne de la paupière. — L'auteur la recommande en onctions, le soir, contre les formes graves de blépharite, lorsqu'il y a du gonflement et des ulcérations plus ou moins profondes. On débute par des cataplasmes chauds et par la section des cils. Cela fait, on lotionne les paupières avec le collyre suivant, légèrement chauffé (bichlorure de mercure, 0 gr. 05 centigr.; laudanum de Sydenham, 1 gramme; alcool camphré, 1 gramme; eau distillée, 125 grammes). — Si le bord des paupières reste gonflé et rouge, on le touche tous les deux jours avec du sulfate de cuivre humecté. — A l'intérieur, traitement antiscrofuleux ou antidartreux. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 14 Juillet 1856.

Platon Vallée, docteur en médecine, natif de la commune de Rouez-en-Champagne (27 ma 1794), meurt au Mans. Il avait été pendant vingt ans au Conseil municipal de cette ville, au Conseil d'arrondissement, administrateur de l'asile de la Sarthe, médecin du Bureau de bienfaisance, fondateur de la Société philharmonique, membre du Conseil de salubrité et d'hygiène, médecin de l'Hôtel-Dieu du Mans, co-fondateur de la Société de médecine et de l'Association médicale. — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Par décret en date du 27 juin 1877, M. Félix Guyon, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté.

— Les vacances, à l'École de droit et à l'École de médecine, s'ouvriront cette année le 8 août, et la rentrée aura lieu, comme à l'ordinaire, dans les premiers jours de novembre.

— M. le docteur Halléguen, de Châteaudun, vient de faire don à la Bibliothèque Nationale de l'importante collection de chants populaires, de proverbes et de mystères de la basse Bretagne. La collection Penguern sera mise à la disposition du public aussitôt après la publication de l'*Histoire littéraire de l'Armorique* du docteur Halléguen.

Hospices civils de Rouen. — *Concours pour une place de médecin-adjoint* (16 août 1877). — Une place de médecin-adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le jeudi 16 août 1877.

Ce concours aura lieu à l'Hospice général, sous la présidence d'un administrateur.

Cours d'accouchements. — MM. Budin et Pinard oommenceront, le 15 juillet, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois, et comprendra quatre parties : 1° Anatomie, physiologie, grossesse ; 2° Eutocie ; 3° Dystocie ; 4° Exercices pratiques. S'adresser, pour les renseignements et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris se réunira le samedi 14 juillet 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Communication de M. Dieulafoy sur la surdité dans la maladie de Bright. — 2° Demande formulée par la Société pour sa reconnaissance d'utilité publique (vote à ce sujet). — 3° Communications diverses.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 5 juillet 1877, on a constaté 880 décès, savoir : Variole, 1 décès ; — rougeole, 14 ; — scarlatine, 5 ; — fièvre typhoïde, 6 ; — érysipèle, 2 ; — bronchite aiguë, 31 ; — pneumonie, 45 ; — dysenterie, 0 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 29 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 31 ; — croup, 17 ; — affections puerpérales, 9 ; — affections aiguës, 272 ; — affections chroniques, 368 (dont 144 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 24 ; — causes accidentelles, 26.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

ENSEIGNEMENT

CRÉATION DE L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE LA MÉDECINE LÉGALE.

Il ne faut désespérer de rien, et tout vient à point pour qui sait attendre. Ces vieux axiomes de la sagesse des nations se vérifient un peu tous les jours; en voici un nouvel exemple, que nous sommes heureux de pouvoir citer.

Dans son numéro du 28 décembre 1875, l'UNION MÉDICALE publiait une lettre de M. le docteur Devergie, dans laquelle notre respectable confrère rappelait que, dans les années 1834 et suivantes, il avait conçu et réalisé la pensée de faire, à la Morgue, des conférences de médecine légale pratique.

Ces conférences étaient ainsi organisées : M. Devergie admettait à la Morgue des séries successives de trente à quarante élèves, devant lesquels il pratiquait l'autopsie de corps dont le permis d'inhumer avait été délivré par le parquet, tels que des noyés, des pendus, des asphyxiés, des enfants nouveau-nés, etc. Tout se faisait comme s'il se fût agi d'une expertise judiciaire; un rapport était rédigé séance tenante.

A l'époque où M. Devergie publiait cette lettre, la Faculté de médecine de Paris s'occupait, avec plus d'ardeur que de succès, de donner à son enseignement une extension et un complément considérables. On sait que cette agitation n'a abouti, jusqu'ici, qu'à la création d'un enseignement des maladies mentales, enseignement dont la forme paraît être encore indéterminée.

Dans cette même lettre, M. Devergie invitait M. le doyen de la Faculté à reprendre cette idée d'un enseignement pratique de la médecine légale, qui avait trouvé d'ailleurs la haute approbation de M. le professeur Tardieu dans la première leçon de son cours, et avait manifesté l'intention de la faire renaître. M. Devergie disait avec raison que cet enseignement pratique, tel qu'il le concevait, était à la médecine légale ce que la clinique est à la pathologie. Cet enseignement avait été institué à la Faculté de Strasbourg, dès 1840, par M. le professeur Tourdes. Plus tard, les Allemands, qui en ceci comme en bien d'autres choses n'ont été que nos imitateurs, ont institué aussi ce mode d'enseignement dans leurs Écoles.

C'est en présence de ces antécédents que M. Vulpian, doyen de notre Faculté parisienne, a adressé à M. le préfet de police une demande tendant à obtenir l'auto-

---

FEUILLETON

LA MÉDECINE AU JAPON (1)

Des hôpitaux.

On aurait tort de se faire des hôpitaux japonais la même idée que nous avons d'un hôpital en Europe. Pour nous, un hôpital civil est essentiellement un établissement de charité et de bienfaisance; les malades pauvres, indigents, y ont droit de cité, et ils y trouvent des soins intelligents, dévoués et surtout *gratis*. Telle n'est pas l'idée qui préside à l'établisssement d'un hôpital japonais : ici l'hôpital n'est destiné qu'à la classe des gens qui peuvent payer, et, par conséquent, c'est justement la catégorie des indigents qui en est exclue. Le plus souvent l'hôpital n'est donc qu'un moyen de spéculation que chacun a le droit d'organiser à peu près à sa fantaisie. Si on se reporte aux chiffres que nous avons donnés plus haut, on verra, en effet que, sur un total de 51 hôpitaux, 29, c'est-à-dire plus de la moitié, sont des établissements particuliers, indépendants de toute administration officielle, et, par conséquent, de simples établissements de spéculation privée. Sur les 22 restants, 1 seul est à la charge de l'État; tous les autres, bien qu'à la charge des départements et plus ou moins subventionnés par l'État, ne reçoivent que des malades payants.

Que si les hôpitaux japonais diffèrent des nôtres par leur but, ils en diffèrent tout autant par leur installation et leur mode de fonctionnement. C'est en vain qu'on chercherait ici ces belles et solides constructions qui, en Europe, servent d'asile aux pauvres malades; cette pro-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3 et 10 juillet.

risation de faire faire à la Morgue des conférences de médecine légale pratique par un professeur de la Faculté ou par un agrégé désigné par elle.

Nous apprenons avec une vive satisfaction, qu'après avoir pris l'avis de M. le ministre de l'instruction publique, M. Voisin, préfet de police, vient de rendre un arrêté par lequel M. le doyen de la Faculté de médecine est autorisé à faire faire des conférences de médecine légale pratique à la Morgue.

Ces conférences auront lieu deux fois par semaine, à partir du 1er novembre jusqu'au mois d'avril.

Y seront admis les docteurs en médecine et les élèves ayant au moins trois années d'étude. Des cartes d'admission seront délivrées aux assistants désignés par séries de trente; elles seront personnelles.

Remercions M. le doyen Vulpian de ses démarches auprès de M. le préfet de police; remercions M. Voisin des libérales mesures qu'il vient d'accorder à l'enseignement; félicitons surtout notre savant et vénéré confrère, M. Devergie, de son heureuse initiative; c'est un beau couronnement d'une existence bien honorablement remplie : puisse-t-il voir longtemps fonctionner et fructifier l'enseignement dont il est le créateur! A. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

Hôtel-Dieu. — M. le professeur RICHET.

DES KYSTES TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN; — KYSTE SÉRO-SANGUIN TRAUMATIQUE DE L'ÉPIPLOON GASTRO-HÉPATIQUE; — AUTOPSIE.

Leçon recueillie par M. T. Piéchaud, interne du service.

Messieurs,

Nous avons dans notre salle Sainte-Marthe deux malades affectés de kystes de l'abdomen. Dans les deux cas, la tumeur est volumineuse et située au-dessous du foie. Une première ponction nous a fait connaître qu'il ne s'agissait pas de kystes hydatiques.

Je me proposais, après avoir longtemps observé ces malades, de vous en parler aujourd'hui et de les opérer ensuite; mais, pour des raisons que je vous exposerai bientôt, notre no 20 seul subira l'opération.

---

preté, ces soins assidus, cet ordre minutieux, ce matériel immense, cette administration intègre, ce dévouement du personnel, auxquels nous sommes tellement habitués, qu'il nous paraît impossible qu'un hôpital vraiment digne de ce nom puisse exister dans d'autres conditions. Sauf quelques cas exceptionnels dans lesquels, comme à Niigata, par exemple, on a voulu donner à l'établissement une certaine tournure européenne, quant à l'apparence extérieure seulement, l'hôpital ne diffère pas d'une maison ordinaire. C'est toujours la même baraque en bois et en pisé, sans portes ni fenêtres, lesquelles sont remplacées par des panneaux à coulisse recouverts de papier et laissant passer tout juste assez de lumière pour éclairer l'intérieur. D'épaisses nattes couvrent les planchers et constituent tout le mobilier, attendu qu'il n'y a, dans une maison japonaise, ni lits, ni chaises, ni tables, ni meubles d'aucune sorte. Les malades n'ont pas d'autre lit que des couvertures étendues sur les nattes; une sorte de billot de bois, matelassé de papier et supportant la nuque, est le seul oreiller connu. Le médecin qui fait sa visite est obligé de s'accroupir en s'asseyant sur les talons, à côté de son malade; mais cette posture, qui est la posture favorite des Japonais, n'a rien de pénible pour lui, au contraire.

Le service médical proprement dit ne va guère au delà d'une visite du médecin et de la distribution de quelques drogues. Quant au régime alimentaire qui, en Europe, joue un rôle important dans le traitement des maladies, il est ici d'une uniformité et d'une simplicité excessives. En général, en dehors de quelques grandes villes, il n'y a aucune espèce de viande de boucherie; le lait manque; les œufs, la volaille, le gibier, sont un luxe; on ne trouve le poisson frais, les mollusques et les crustacés marins que sur le littoral; la pomme de terre commence à peine à être introduite; le froment, qui sert à faire des gâteaux et des pâtes, la patate douce et les tubercules d'une aroïdée (Conophallus konjak), fournissent seuls un appoint de quelque

C'est un homme de 40 ans, possédant tous les attributs d'une bonne santé; il n'a jamais été malade. Voici son histoire : Le 18 juillet dernier, renversé par un omnibus sur la voie publique, il fut transporté d'urgence à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Duplay, où l'on reconnut qu'il avait quatre fausses côtes brisées : une à droite, trois à gauche. Après quarante jours de traitement, il sortit conservant encore, sur le côté gauche, une douleur assez vive qui ne l'empêcha pas de reprendre son travail, pourtant pénible, et qui consiste à transporter d'un bout du jour à l'autre des fardeaux. Tout alla bien pendant plusieurs mois. Après de longues fatigues, il ressentait sa douleur, mais la santé restait bonne, grâce à l'intégrité parfaite des fonctions digestives. C'est seulement le 10 janvier, qu'en portant instinctivement la main sur le point douloureux il sentit une tumeur volumineuse siégeant au-dessous des fausses côtes, du côté gauche. A partir de ce jour, il résolut d'entrer de nouveau à l'hôpital. Le 19 février, il était admis à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, lit nº 20. M. le docteur Le Dentu, alors chargé du service de la clinique pendant mon absence, constata la présence d'une tumeur développée sous le diaphragme, saillante derrière la paroi abdominale à gauche de la ligne blanche, exactement arrondie, fluctuante, sans douleurs, et n'exerçant pas de pression sur les organes voisins, si bien qu'aucun d'entre eux ne semblait refoulé ou modifié dans son volume et sa forme, et qu'il n'existait pas de troubles dyspeptiques.

Vous comprenez quelle était la difficulté du diagnostic en présence de symptômes aussi négatifs, surtout lorsqu'il s'agissait d'un kyste développé à gauche, vers le petit lobe du foie où bien rarement les hydatides apparaissent. Une première ponction fut faite; on obtint par elle environ 1,500 grammes d'un liquide rosé, clair, où les réactifs décelèrent une forte proportion d'albumine, sans que le microscope montrât autre chose que des globules sanguins ; il n'y avait ni éléments biliaires ni crochets. Après l'opération, dans l'espérance de voir cette simple ponction suivie de guérison, on exerça sur l'abdomen une compression méthodique, et le malade fut soumis au repos. Mais, peu de jours après, la tumeur reparaissait. Le 15 mars, à mon retour, je la trouvai peu développée. Plus tard, elle devint tout à coup plus volumineuse, si bien que je dus songer à une méthode de traitement énergique, méthode que vous me verrez continuer tout à l'heure, et qui, depuis plusieurs jours, a été commencée sous vos yeux.

Cette reproduction du liquide indique, à n'en pas douter, que nous sommes en présence d'un kyste, d'un vrai kyste, et si, sans préjuger autrement le diagnostic

---

importance à l'alimentation, dont la base essentielle est le riz. Le thé et le vin de riz sont mauvais et ne sont jamais que des consommations de luxe et de fantaisie, car l'eau pure est la seule boisson pour toutes les classes de la population. On conçoit qu'il soit difficile à un médecin de trouver des ressources dans un tel système d'alimentation; ce qui n'empêche pas les médecins japonais d'être très-portés à conseiller l'abstention tantôt d'une chose tantôt d'une autre, dans la liste si peu variée des aliments.

Les hôpitaux exclusivement installés à la mode japonaise ne sont pas autre chose que ce que je viens de dire. Quant à ceux auxquels on a voulu donner une tournure quelque peu européenne, je peux donner comme type une idée sommaire de celui de Niigata. Pourvu de portes et de fenêtres, il se composait d'un rez-de-chaussée divisé en quatre salles ou chambres pouvant contenir dix lits chacune, et d'une dizaine de cabinets particuliers; il y avait, de plus, salle d'attente, bureau des entrées, salle de consultations, cabinet noir pour l'examen des yeux à l'ophthalmoscope, cabinet particulier pour l'examen des femmes, pharmacie, salle de bains, et, enfin, les communs. Quant au personnel japonais, il se composait de quinze employés, tant médecins que secrétaires, interprètes, comptables, etc., sans compter les domestiques. Il y avait donc, sous ce rapport, de quoi desservir convenablement un petit hôpital de cinquante lits; mais la plupart de ces lits restaient inoccupés, car je n'ai jamais en plus d'une dizaine de malades dans les salles, et parfois il n'y en avait pas du tout. Cela tient à ce que les Japonais n'aiment point à séjourner dans un hôpital, et qu'ils éprouvent surtout une grande répugnance à habiter une maison tant soit peu disposée à la mode européenne. Leur aversion à cet égard est tellement grande que, à Niigata, nombre de malades venus des environs préféraient s'installer dans une hôtellerie, où ils me priaient d'aller les voir, plutôt que d'entrer à l'hôpital; aussi, à vrai dire, un hôpital japonais est-il bien plus un lieu de consultation qu'un

assez obscur dans ce cas, nous poussons plus loin le raisonnement, il me paraît certain que nous devons rejeter la première hypothèse qu'on aurait pu formuler, et qui est celle d'un épanchement sanguin pur et simple autour ou dans le voisinage des côtes brisées; pourquoi? Je vous le dirai bientôt.

A trois reprises je fis appliquer, vis-à-vis le centre du kyste, d'abord de la poudre de Vienne, puis deux fois de la pâte au chlorure de zinc.

Ces applications caustiques, tout en préparant l'ouverture du kyste et la formation d'adhérences, comme le veut Récamier, ont quelquefois l'avantage d'amener d'abord un ralentissement dans la formation du liquide, ensuite sa résorption. Ici ce résultat n'a pas été obtenu. Avant de vous exposer le traitement que doit subir notre malade, laissez-moi vous dire quelle est mon opinion sur la nature du kyste.

La fluctuation est évidente et indique que le liquide n'est pas épais, tant il est facile de la trouver. Il n'y a point de pus, car l'absence de douleur, la régularité des températures, le bon état du pouls et la santé parfaite du sujet sont là pour nous faire exclure tout travail inflammatoire aigu ou lentement préparé. Disons immédiatement qu'il s'agit du renouvellement du kyste ponctionné.

Plus difficile est le diagnostic du siége. A la rigueur on pourrait soutenir que le traumatisme n'a été que la cause déterminante de l'accroissement d'un kyste préexistant; mais je ne puis adopter cette opinion qui, à mon sens, se trouve en désaccord avec les renseignements fournis; il n'existait rien avant le traumatisme; après lui des douleurs se développent et une tumeur apparaît. Je crois bien plutôt que le traumatisme est la cause première, et cela me paraît si simple que je ne crois pas nécessaire d'insister.

Reste la principale partie du diagnostic : la nature et le siége. Les kystes hématiques purs, au niveau des fractures, existent; je puis même, en passant, vous citer l'exemple d'un de nos malades, actuellement en traitement dans nos salles, atteint de fracture grave, et dont les fragments ont déterminé, dans leur déplacement, un vaste épanchement sanguin que nous voyons tous les jours se circonscrire et disparaître peu à peu. Ces foyers sanguins se produisent, en effet, assez souvent, puis ils s'isolent des parties voisines; mais bien des raisons m'empêchent d'attribuer au kyste dont il est question, la même origine : il ne s'est pas développé tout à coup après l'accident, comme l'aurait fait une tumeur sanguine; le liquide obtenu par la première ponction était séreux en même temps que sanguin, et tout le monde sait quel aspect plus foncé, quelle consistance plus épaisse ont les tumeurs sanguines

---

asile pour les malades. Les consultants sont, en effet, toujours fort nombreux, et, en quelques mois, plus de quinze cents se sont présentés à ma consultation. Mais, une fois qu'ils ont pris l'avis du médecin et reçu les médicaments prescrits, ils se hâtent de s'en aller chez eux, sauf à se représenter encore s'il est besoin. Mais il n'y a que fort peu de malades qui consentent à rester dans l'hôpital, à moins de nécessité absolue, pour des opérations ou des maladies graves.

L'administration des hôpitaux des départements relève uniquement de l'autorité locale; les fonds d'entretien proviennent d'impôts supplémentaires dont les gouverneurs de province frappaient arbitrairement les contribuables; depuis peu de temps ces impôts qui, jusque-là, n'avaient rien de fixe et pouvaient être excessifs, ne peuvent pas dépasser la proportion de cinq pour cent des impôts réguliers. Quant à l'administration des hôpitaux privés, elle est à la disposition du propriétaire de l'établissement.

Telle est, à peu près, la manière d'être et de fonctionner des hôpitaux au Japon. Celui de l'École de Yedo, complétement installé à l'européenne, présente des conditions différentes. Il y a, en plus, quelques hôpitaux spéciaux pour le traitement des affections des yeux; mais ce ne sont guère que des maisons de consultation appartenant à des particuliers.

Honoraires des médecins.

Ces honoraires sont, en général, très-faibles, et on peut dire tout à fait minimes en comparaison de ceux qui ont été admis jusqu'ici par les Européens. En principe, d'après les anciens usages japonais, il n'y a point d'honoraires; selon les formules de politesse exagérées des Orientaux, un trésor ne suffirait pas pour payer les conseils d'un aussi grand savant que le

qui se font dans le voisinage des fractures, et dont le contenu noirâtre, filant, n'a pas de tendance à se reproduire lorsqu'il a été évacué par la ponction. Or, le liquide de notre kyste s'est reproduit avec une facilité surprenante.

Je n'admets donc pas l'existence d'un kyste séro-hématique développé autour ou dans le voisinage des côtes fracturées, et considérant, d'autre part, les circonstances qui paraissent en être la cause, la région occupée par la tumeur, je m'arrête au diagnostic suivant : *Kyste hématique ayant son origine dans une blessure du foie.* Le foie est, en effet, un organe mou, friable, qui subit facilement, tant par son étendue que par sa consistance, l'action des traumatismes portés sur la région qu'il occupe. Que de fois, dans les autopsies, trouvons-nous cet organe contus, déchiré, je pourrais dire brisé, ou, si vous le voulez, divisé par des fissures intéressant ses bords ou ses faces ! Tout autour du point malade il y a du sang épanché, et cet épanchement, formé par du sang veineux, ne tarde pas à se limiter par des adhérences ou des exsudats qui se forment entre les lames péritonéales en contact. C'est en considérant ces faits d'anatomie pathologique constatés sur divers blessés, qu'il paraît naturel d'admettre que, chez notre malade, les côtes violemment brisées ont dû léser le foie, et qu'il s'est ultérieurement formé un kyste séro-sanguin dans une loge circonscrite d'un côté par le foie blessé, de l'autre par les adhérences et les exsudats dont je viens de vous parler.

Tel est mon diagnostic, et, certes, je ne crois pas être trop affirmatif en disant que les caractères du liquide obtenu par la première ponction s'accordent avec lui.

Je vous ai dit qu'il y avait un autre malade dans nos salles, lequel, *n'étaient quelques détails d'étiologie qui nous échappent*, offrirait avec celui dont il vient d'être question une analogie frappante. Celui-ci est couché au n° 35, et nous est venu des environs de Paris, il y a un peu plus d'un mois. Son histoire est des plus simples. Depuis un an, il a reconnu, dans son côté droit, l'existence d'une tumeur qui, d'abord grosse comme le poing, a, dans ces derniers mois, pris un assez grand développement. La santé générale est parfaite ; les antécédents sont bons. J'ai vainement cherché, en interrogeant cet homme, s'il ne se serait pas trouvé, à une époque de sa vie, dans les conditions hygiéniques qui peuvent quelquefois préparer la naissance d'une tumeur hydatique ; j'ai voulu savoir s'il avait reçu quelque coup sur la région du foie ; il ne m'a donné aucun renseignement. La tumeur est fluctuante, sans frémissement ; elle occupe à peu près la place de la vésicule biliaire, et suit, pendant la respiration, tous les mouvements du foie ; jamais il n'y a eu

médecin, ce qui fait qu'on ne les paye pas ; le quelque argent qu'on lui donne est censé n'être que le prix des médicaments fournis et une indemnité pour les frais de déplacement ; mais, d'après les tarifs du pays, ces deux choses réunies ne font jamais qu'une petite somme.

Les médecins japonais du nouveau style cherchent bien, il est vrai, à augmenter les prix et à les rapprocher de ceux des Européens ; mais ils auront bien de la peine à obtenir quelque résultat, car les vieilles habitudes sont difficiles à déraciner ; et, d'autre part, les populations japonaises ne sont pas assez riches pour payer un prix plus élevé. Je crains que, en Europe, on se fasse illusion sous ce rapport et qu'on ne prenne le Japon pour un Eldorado. Certes ce pays pourrait être riche et le sera peut-être un jour, car rien ne lui manque sous le rapport du climat et de la nature du sol ; mais, pour le moment, il ne l'est pas, et les populations japonaises sont certainement très-pauvres. C'est pour cette raison qu'un médecin européen ne peut pas songer à faire, exclusivement du moins, de la clientèle japonaise, car il ne retire jamais de ses visites que des compliments, quelques petits cadeaux sans valeur, ou tout au plus quelques gros sous.

(*A suivre.*)

Dr Vidal,
Médecin de l'arsenal impérial maritime de Yokoska (Japon).

Statistique. — Un état statistique de tous les pharmaciens et herboristes exerçant leur profession dans le département de la Seine est dressé en ce moment par ordre du préfet de police. Les intéressés doivent faire leur déclaration à l'administration, afin que leurs noms figurent dans l'*Annuaire*, qui ne tardera pas à être publié.

d'ictère, pas davantage d'ascite ou d'œdème vers les membres inférieurs. L'accroissement s'est fait sans produire le moindre trouble du côté de la digestion ; le malade accuse simplement un peu de flatulance après les repas copieux, comme si l'estomac se trouvait alors comprimé. Une ponction exploratrice nous a donné un liquide assez clair, où les recherches de notre préparateur de chimie, M. Hardy, n'ont fait découvrir que du sérum, de l'albumine et des globules rouges. Le microscope ne nous a pas permis d'y reconnaître de crochets hydatiques.

Tous ces caractères sont bien suffisants pour que nous rapprochions ce second cas du premier, et je m'empresse de vous dire que les examens chimiques et micrographique font exclure d'emblée le développement cystique de la vésicule biliaire. J'admets donc, sans plus insister, qu'il s'agit encore d'un kyste analogue au premier. De ce que le malade ne se souvient pas avoir reçu de contusion, il ne s'ensuit pas qu'elle ait fait défaut. La profession de charretier, qu'il exerce depuis longtemps, expose sans cesse à des accidents de toute sorte, à des traumatismes qui sont oubliés plus tard, parce qu'on ne les a pas considérés tout d'abord comme sérieux.

Depuis plusieurs jours, j'ai soumis ce second malade au même traitement ; plusieurs applications caustiques ont été faites. Mais tandis que chez le n° 20 le mal a continué sa marche, chez celui-ci tout paraît s'être arrêté. Serait-ce le résultat de la ponction capillaire, puis des applications caustiques? Je ne sais, mais toujours est-il qu'il me semble prudent pour lui d'ajourner l'opération et d'observer encore.

J'arrive au traitement en général et à l'opération qui sera pratiquée dans un instant devant vous.

Donc, la ponction capillaire simple, qui quelquefois suffit pour faire avorter les kystes, a été certainement infructueuse chez le premier malade, et n'a fait probablement que retarder son développement chez le second. Les cas heureux sont nombreux dans la science. J'ai lu, pour ma part, il n'y a pas très-longtemps, à la Société de chirurgie, une observation de kyste hydatique du foie très-volumineux qui m'avait été adressée par M. Heurtaut (de Nantes), où il était parfaitement établi qu'une simple ponction avait fait disparaître la tumeur. Ici, nous n'avons plus à conserver cet espoir.

La méthode par les caustiques de Récamier, pour arriver peu à peu sur la tumeur et développer des adhérences, est celle que j'ai choisie, et vous avez ces jours derniers suivi les progrès de l'eschare qui, renouvelée plusieurs fois, a détruit couche par couche jusqu'au muscle transverse. Nous sommes sur le kyste. Mais j'abandonne ici le procédé de Récamier, qui consiste à porter le bistouri dans la plaie pour ouvrir la tumeur ; je l'abandonne pour adopter la modification de Boinet, qui substitue au bistouri le trocart, pour placer à demeure une large canule en gomme dans le foyer.

Voici l'instrument dont je vais me servir. C'est une canule en gomme, du volume de nos plus grosses sondes, garnie à son extrémité d'un embout métallique pour que cette extrémité pénètre sans s'arrêter, avec la pointe du trocart, dans les tissus qu'elle doit traverser, et munie d'un pavillon comme toutes les canules de trocart. Quant au trocart, il ne présente rien de spécial, si ce n'est son volume. Je trouve à cet instrument un immense avantage sur la canule métallique, celui d'être flexible, et, par conséquent, moins apte à provoquer des douleurs lorsqu'après la ponction nous la laisserons dans la plaie, où il sera nécessairement soumis aux divers mouvements imprimés à la région par la respiration et la contraction des muscles de l'abdomen.

Je ne laisserai pas tout de suite échapper le liquide contenu dans le kyste ; je sais bien qu'il existe des adhérences ; la tumeur, très-mobile ces temps derniers, ne l'est plus du tout depuis une quinzaine de jours, mais je craindrais, en laissant se vider complétement la poche, que son retrait ne déterminât une rupture des adhérences, partant l'issue possible de liquide dans le péritoine si la canule venait à se dégager. On aura donc soin de retirer plusieurs fois par jour le bouchon qui fermera la canule, et de donner issue à une petite quantité de liquide pour assurer le retrait graduel de la poche. Dans quelque temps, nous n'aurons plus rien à

craindre, et si nous voulons changer le tube, il nous sera facile de glisser, par l'orifice de celui qui est en place, une grosse sonde destinée à le remplacer jusqu'au moment où, peu à peu expulsée de la plaie, elle sortira d'elle-même, ne laissant plus qu'un trajet fistuleux qui sera l'indice d'une guérison prochaine.

(La suite à un prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE

PHYSIOLOGIE DES SONS DE LA PAROLE (1);

Mémoire lu à la Société de linguistique de Paris, dans le courant des mois de mai et juin 1877,

Par le docteur Édouard FOURNIÉ,

Médecin de l'Institution nationale des sourds-muets.

1° *Voyelles qui sont formées d'après le procédé de la résonnance simple.* — Ces voyelles sont constituées par un seul timbre, qui est celui de l'une des cavités formées par les diverses régions du tuyau vocal. Elles sont au nombre de 6 : l'A, l'Ê, l'E, l'É, l'I, l'I russe.

L'A et l'Ê sont des timbres de la cavité pharyngienne limitée en haut par la région linguo-palatine postérieure. Si la langue est légèrement aplatie sur le plancher de la bouche, le voile du palais légèrement relevé, le timbre de la cavité pharyngienne donne, dans ces conditions, la lettre A.

Si la partie postérieure de la langue se projette en avant, de manière à laisser à l'écoulement du son une ouverture aussi grande que possible, le timbre de la cavité pharyngienne prend le caractère de la lettre Ê (être) ou *aî* (paraître).

Les dispositions des parties que nous venons de signaler, à propos des lettres A, E, sont essentielles. Autrement dit, on ne saurait les modifier sans faire perdre à chacune de ces lettres son caractère spécifique. Et comme, d'un autre côté, les autres parties de la bouche placées en avant de la région gutturale peuvent être mues, déplacées, sans altérer en rien le timbre de la voyelle émise, nous pouvons dire, conformément aux lois que nous avons posées dès le début, que les lettres A, Ê, sont des timbres de la cavité pharyngienne plus ou moins modifiés par la disposition des parties qui limitent en haut cette cavité. Ce dernier motif justifie la dénomination de région linguo-palatine postérieure ou gutturale que nous donnons à l'ensemble des conditions qui président à la formation des timbres de la cavité pharyngienne.

L'E simple et l'E fermé sont constitués par le timbre qui se développe dans la cavité limitée en haut par la partie moyenne de la langue plus ou moins rapprochée de la voûte palatine.

L'I se développe dans la cavité limitée en haut par la partie antérieure de la langue plus ou moins rapprochée de l'arcade dentaire et de la voûte palatine.

L'I russe est constitué par le timbre spécial que revêt le son en passant sur les côtés de la langue, dont la pointe se redresse en arrière vers la partie moyenne de la voûte palatine.

2° *Voyelles qui sont formées par le procédé de la double résonnance.* — Ces voyelles sont formées par un premier timbre, modifié ensuite dans une cavité nouvelle. Comme les précédentes, elles sont au nombre de 6 : l'*O*, l'*Ou*, l'*Eû*, l'*Eu*, l'*Eu* fermé, l'*U*.

L'O, l'Ou et l'Eu sont constitués par les deux timbres que limitent, d'un côté, la région labiale; de l'autre, la région palatine postérieure. Pour l'*O*, la langue se retire sur elle-même d'arrière en avant; la partie postérieure fait ce qu'on appelle *gros dos*, et se rapproche de la voûte palatine. Ce rapprochement forme un petit canal à travers lequel le timbre de la cavité pharyngienne s'échappe. Ce son, pris sur le fait, si l'on ouvre grandement la bouche, n'a rien de séduisant et ne ressemble nullement à l'O. Mais si, au contraire, on ménage au son un petit orifice de sortie par le rapprochement des lèvres en forme de tube, on a le timbre de la lettre O. Évidemment, ce timbre est le résultat du timbre pharyngien formé dans la région gutturale et du timbre qui s'est développé dans la cavité formée par le retrait de la partie antérieure de la langue, et par la projection des lèvres en avant.

Dans un second cas, la partie supéro-postérieure de la langue se rapproche encore un peu plus de la voûte palatine. Le timbre pharingien qui en résulte est plus *étranglé* que le précédent, et la résonnance dans la cavité antérieure de la bouche donne naissance au timbre *Ou*.

Pour l'Eu, la base de la langue, au lieu de se projeter en haut et en arrière, se projette en avant, pour donner naissance au timbre Ê, qui, modifié par la résonnance de la cavité antérieure de la bouche, donne finalement naissance au timbre Eû (malheur).

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juillet.

L'EU simple (heureux) et l'EU fermé (cieux), sont formés par un procédé analogue, c'est-à-dire par le timbre de l'E simple et de l'É fermé modifiés par la résonnance du tuyau formé par la projection des lèvres.

L'*u* n'est autre chose que le timbre de l'I modifié par le timbre du tuyau formé également par la projection des lèvres.

3° *Voyelles qui sont formées par le procédé de la triple résonnance.* — Les voyelles nasales seules sont formées par ce procédé. Elles sont au nombre de quatre et, comme nous le prouverons bientôt, la disposition des parties s'oppose à ce qu'on puisse en prononcer plus de quatre. Ce sont : an, on, ein, eun. Pour chacune de ces voyelles, le rapprochement entre la base de la langue et le bord libre du voile du palais est absolument indispensable : on = O + rapprochement linguo-vélaire; ein = E + rapprochement linguo-vélaire; *eun* = eu + rapprochement de la base de la langue du voile du palais.

Nous n'admettons pas parmi les voyelles nasales l'*i* nasal et l'*u* nasal, et le motif légitime que nous en donnons sera une nouvelle preuve de l'exactitude de notre théorie touchant les voyelles nasales.

On peut prononcer l'I avec une forte résonnance nasale; on en a la preuve en se bouchant le nez pendant cette émission. Cependant cet I résonnant fortement dans le nez n'a aucun des caractères des voyelles nasales. D'où vient cette anomalie? Elle provient de ce que, pour émettre un I distinct et résonnant dans le nez, la base de la langue doit s'éloigner beaucoup du voile du palais. Dès lors, l'étranglement du son ne se produit plus dans le fond de la bouche; dès lors, un des trois éléments indispensables qui caractérisent les voyelles nasales n'existe plus; dès lors la voyelle nasale I n'est pas et ne peut pas être. Il en est de même de l'*u* nasal; il n'est pas et ne peut pas être physiologiquement.

Les principes et les lois qui nous permettent d'être aussi affirmatif et aussi concis sur la formation des lettres nasales en particulier, nous paraissent devoir être compris et acceptés de tous. Cependant cette question a été entourée de tant d'obscurités, que nous croyons bien faire en insistant un peu plus sur ce sujet. Nous ne devons pas oublier, d'ailleurs, que nous-même nous avons commencé, dans notre *Physiologie de la voix et de la parole*, par repousser l'interprétation habituelle que l'on donnait des voyelles nasales. Nous leur devons une réparation (1).

Le principal motif du défaut d'entente qui règne à l'endroit des voyelles nasales nous paraît tenir à ce que les mêmes signes graphiques correspondent à des sons voyelles différents dans les diverses langues de la famille indo-européenne. C'est ainsi que le latin, les langues romanes et germaniques disent A + N, O + N, I + N, là où le français dit : an, on, ein, eun, en un seul son voyelle. Les Français du Midi introduisent une variante en disposant les parties comme pour la consonne *ng* immédiatement après la prononciation des voyelles a, e, i. Là où le Français du Nord dit : *an, ein, eun* en un seul temps, c'est-à-dire en disposant instantanément les parties pour émettre ces sons, le Français du Midi prononce d'abord les voyelles simples a, o, e, et il termine par la résonnance nasale en portant lentement la langue vers le point qui doit favoriser cette résonnance, c'est-à-dire sur la partie postérieure de la voûte palatine. C'est ainsi que maman est prononcé *mamang.* Pour se faire une juste idée de cette prononciation, il faut considérer que le *ng* est prononcé mollement, comme dans *longueur.*

Cette manière de prononcer, propre à la majeure partie de la région méridionale, a une origine qu'il n'est peut-être pas inutile de signaler. La langue d'*oc*, parlée dans le midi de la France, a conservé pendant plus longtemps que la langue d'*oil* le cachet de son origine latine. Il en est résulté qu'en langue d'*oc* on n'a pour ainsi dire pas cessé de prononcer les voyelles nasales à la façon des Latins, jusqu'au moment où l'influence politique a généralisé la langue d'*oil* sur tout le sol de la France.

Mais les Languedociens ne sont pas arrivés du premier coup à prononcer les nasales comme dans le Nord; ils ont bien cherché à ne plus prononcer l'n à la suite de l'a, mais ils n'ont abouti qu'à prononcer un *ng* au lieu de l'*an* qui se forme un peu plus profondément. Ils se sont arrêtés en route et ont ainsi inventé une prononciation qui n'est ni latine ni française. Ajoutons, pour tout dire, que cette prononciation se perd un peu tous les jours, et qu'elle n'existe dans toute sa pureté que dans quelques cantons du midi de la France. La langue française nous paraît être à peu près la seule qui possède franchement les voyelles nasales telles qu'on les prononce à Paris (2).

(1) A cet aveu, nous pouvons joindre une excuse. Habitué à prononcer les nasales comme on les prononce dans le Midi, nous étions dans le vrai en disant que ces voyelles sont toujours accompagnées d'une consonne : *ang*, *ong*, etc.; mais une étude plus approfondie de la prononciation parisienne n'a pas tardé à modifier notre opinion sur ce point.

(2) D'après du Ponceau (*Mémoire sur le système grammatical des langues de quelques*

Il y a dans ce fait un mystère bien digne d'exciter l'émulation des linguistes. Il serait intéressant, en effet, de savoir pourquoi la langue française, qui procède si directement de la langue latine, a transformé en un seul son voyelle presque toutes les voyelles du latin suivies d'un *n* et d'un *m*. Toute les fois que l'M en latin est suivi d'un P ou d'un B, le Français emploie une voyelle nasale (*an*pereur, *an*bolie). Quant à la transformation des voyelles latines suivies de la consonne *n*, en une seule voyelle nasale française, elle se trouve pour ainsi dire dans chaque mot. Dans un remarquable travail sur les terminaisons en *ance*, *ense*, *ent*, *in*, *on*, etc., M. P. Meyer a étudié indirectement cette question; mais il avoue lui-même qu'il est très-difficile de préciser l'époque à laquelle l'n consonne a été remplacé par l'n nasalisé (1).

Dans cette étude, on arriverait peut-être à expliquer pourquoi, de toutes les langues néolatines, le français seul possède les nasales; on s'assurerait si le celtique employait ces voyelles particulières; si, par exemple, on disait *Roen* avec un *n* ou avec une voyelle nasale; on rechercherait si, pas plus que le germain et le slave, les autres branches de la famille indo-européenne ne possèdent pas notre nasalisation spéciale; et, enfin, on arriverait jusqu'à la langue mère, à la langue sanscrite, pour voir si on ne trouverait pas là l'origine de la nasalisation.

Pour mener ce travail à bonne fin, il ne suffirait pas de lire les caractères graphiques d'une langue, il faudrait l'entendre parler et établir son jugement d'après les règles physiologiques de la formation des lettres. C'est sans doute à la difficuté de remplir cette double condition qu'il faut attribuer les incertitudes qui règnent encore sur la valeur phonétique de l'*anusvàra* et des *anunàsika* représentant les diverses résonnances nasales du sanscrit. Nous avons voulu prendre connaissance des divers travaux qui ont été écrits sur ce sujet et particulièrement les derniers, ceux de M. L. Havet et de M. A. Bergaigne, insérés dans les mémoires de la Société de linguistique.

Nous croyons devoir suspendre tout jugement sur cette question, car nous sommes ici sur un terrain qui n'est pas le nôtre. La physiologie doit se borner à rechercher et à faire connaître les conditions qui président à l'accomplissement des phénomènes biologiques. Quant à l'interprétation des faits qui résultent des phénomènes biologiques eux-mêmes, elle appartient aux hommes qui cultivent les sciences dont ces faits sont le fondement.

En d'autres termes, dès que le signe-langage, le mot, est créé, il n'appartient plus au physiologiste, il devient la propriété exclusive du linguiste.

Cependant, comme la question qui vient de nous occuper est importante et qu'elle nous paraît encore attendre une solution, nous résumerons sous forme de propositions ce qui se rattache à la formation des voyelles nasales, en nous préoccupant, dans ce résumé, de fournir les conditions d'une appréciation exacte et raisonnée.

1° Le timbre nasal, toujours identique à lui-même, et dépourvu des caractères essentiels qui pourraient le distinguer du timbre buccal et du timbre pharyngien, est incapable par lui-même de fournir un son voyelle, c'est-à-dire un son ayant valeur de signe-langage. Cependant, le timbre nasal concourt à la formation des voyelles et des consonnes; aux unes et aux autres, il ne fournit qu'une chose : son timbre propre. D'où il suit que la disposition et le mouvement des parties propres à chaque voyelle et à chaque consonne doivent être recherchés dans la cavité buccale.

2° Le concours du tuyau nasal à la formation de certaines voyelles consiste à ajouter son propre timbre à celui qui se forme dans les cavités de la bouche, selon certaines conditions déterminées. Cet accouplement donne naissance aux voyelles dites *nasales*. D'après les conditions qui président à la formation de ces voyelles, leur nombre est nécessairement limité; elles sont au nombre de quatre : *an, on, ein, eun*. Cette restriction reposant sur les faits est absolue. C'est pourquoi nous ne sommes point fixé sur la valeur phonétique des *cinq* voyelles prétendues nasales (*anuñasikas*), que les grammairiens hindous accordent au sanscrit. Il y en a une de trop. L'*anuñasika*, ne serait-ce pas la voyelle simple avec prédominance du résonnement nasal? Les cinq voyelles peuvent être prononcées de cette façon, qui est d'ailleurs très-caractéristique; tandis que, à la façon des Français du Nord, on ne peut prononcer que quatre voyelles nasales.

nations indiennes de l'Amérique du Nord), les langues iroquoises posséderaient les voyelles *an, ein, on.*

M. Martin Desgenettes prétend que la langue grecque possède ces voyelles, et il cite à l'appui de son opinion le mot *σφίγγω*. Pendant notre séjour à Constantinople, nous parlions un peu le grec, et nous savons qu'une voyelle suivie de deux *γ* se prononce *ng*. Ainsi, on dit *sfingo* au lieu de *sfiggo; anguélos* (*αγγελος*) au lieu de *aggélos*; mais l'*in* de *sfingo* et l'*an* de *anguélos* se prononcent comme en latin, et non comme en français.

(1) Paul Meyer. *Mémoires de la Société de linguistique*, tome Ier, troisième fascicule, 1870.

3° Le concours du tuyau nasal à la formation des consonnes consiste à fournir au son laryngien la possibilité de s'écouler, pendant que certaines dispositions spéciales des parties s'opposent à cet écoulement par la bouche.

4° Le tuyau nasal ne concourt à la formation des lettres que par les deux manières dont nous venons de parler : l'une applicable aux voyelles, l'autre applicable aux consonnes. Aux premières, il fournit son timbre spécial; aux secondes, il prête un orifice d'écoulement résonnant.

En aucun cas, le résonnement du tuyau nasal ne constitue à lui tout seul un signe-langage. N'ayant par lui-même aucun caractère distinctif, il en emprunte un aux voyelles et aux consonnes dont il fait partie.

D'où il suit que, partout où il y a résonnance nasale, il faut chercher la partie de la bouche en mouvement ou bien le timbre buccal, qui donnent à cette résonnance les caractères d'une voyelle ou d'une consonne. D'où il suit encore que l'*anusvàra,* signe graphique distinct, ne peut pas représenter la résonnance nasale isolée, à moins toutefois qu'on ne donne à ce signe une interprétation différente de celle que nous accordons au son voyelle.

Le plan que nous venons de suivre dans la description de tous les sons voyelles renferme le principe qui doit présider à une classification naturelle de ces éléments de la parole. Grouper ces éléments selon la région qui les produit et selon le procédé employé pour les produire, tel est en un mot ce principe.

Classification naturelle des voyelles.

PROCÉDÉ DE LA RÉSONNANCE UNIQUE*				PROCÉDÉ de la double résonnance.	PROCÉDÉ de la triple résonnance.
Région linguo-palatine postérieure.	Région linguo-palatine moyenne.	Région linguo-palatine latérale.	Région linguo-palatine antérieure.	Région buccale.	Région bucco-nasale
A					AN
				O	ON
				OU	
Ê				EÛ (heur)	EUN
	E			EU (peu)	EIN
	É			EU (cieux)	
		I russe	I	U	

* Ce tableau renferme les seuls sons à timbre distinct que le tuyau vocal puisse produire. Les lois de formation du son voyelle nous sont un sûr garant que nous ne nous abusons pas. Dans tous les cas, si on pouvait en signaler d'autres, ces voyelles trouveraient facilement leur place dans une des cases vides que présente le tableau. Mais, pour qu'on ne se méprenne pas sur notre pensée, nous croyons devoir ajouter que nous excluons de notre jugement les simples nuances d'un même timbre. Il est évident que chaque voyelle fondamentale peut modifier légèrement son timbre par le déplacement des parties qui concourent à la former, et se montrer ainsi sous trois ou quatre formes légèrement différentes, sans perdre cependant son caractère spécifique. L'A, par exemple, peut être nuancé de trois ou quatre façons différentes. Nous ne pensons pas qu'il soit utile, à l'instar de quelques auteurs, de considérer ces formes diverses d'un même timbre comme des voyelles distinctes. Nous n'avons donc prétendu parler que des timbres réellement distincts et sans analogues.

Les semi-voyelles, que l'on classe souvent à côté des voyelles, ne méritent nullement le nom qu'on leur donne. Une voyelle est ou n'est pas; on ne saurait la partager par le milieu. D'ailleurs, il est aisé de s'assurer que les semi-voyelles sont des associations de plusieurs voyelles, ou bien l'association d'une consonne méconnue avec une voyelle, comme dans *yes.* Le plus souvent, le nom de diphthongue, qui veut dire résonner deux fois, leur conviendrait mieux.

III. — De la formation des consonnes.

Les voyelles constituent la partie réellement sonore de la parole; — de là leur nom d'ailleurs. — En sanscrit, la voyelle est désignée sous le nom de *svara*, qui veut dire *son*. Mais un langage exclusivement composé de ces sons serait non-seulement bien pauvre, mais encore il lui manquerait le mouvement et la vie. Les langues primitives ou bien déchues, comme le *hawaien*, sont remarquables par la prédominance des sons voyelles.

Pour vivre et se mouvoir, pour répondre aux exigences si nombreuses, si variées de la pensée, la voyelle s'adjoint un autre élément, et cet élément est *la consonne*. Comme son nom l'indique, la consonne est quelque chose qui va avec le son. En sanscrit, les consonnes sont désignées sous le nom de *vyanjana* (celles qui rendent distinct).

Mais ce quelque chose qui va avec le son, est-ce un son? D'après M. Littré, « la consonne est une lettre qui n'a point de son par elle-même (1). » Nous ne saurions admettre cette définition. La consonne n'est pas un son proprement dit, un son caractéristique par lui-même comme le son voyelle; mais c'est un phénomène sonore. La nature essentielle des consonnes a été généralement plus mal interprétée que celle des voyelles.

Depuis les grammairiens du sanscrit, qui divisaient les consonnes en cinq classes : tenues, moyennes, nasales, liquides, sibilantes, jusqu'à ceux qui, de nos jours, les distinguent en *muettes, sonores, tenues, fortes, sourdes, soutenues, non soutenues, aspirées* ou *non aspirées, arrêts naseaux, arrêts mous, arrêts aspirés* (2), on s'est appliqué à faire ressortir des caractères tout à fait accessoires ou secondaires, et on a négligé les caractères vraiment spécifiques de l'élément consonne.

Nous essayerons d'éviter cet écueil en suivant la méthode qui nous a dirigé dans l'étude du son voyelle.

Et d'abord, qu'est-ce qu'une consonne? Il est possible que cette question fasse songer à la leçon de M. Jourdain. Mais que celui qui serait tenté de sourire se demande d'abord s'il serait capable de répondre à cette question d'une façon irréprochable. C'est que, en effet, la réponse n'est pas facile, d'après ce qui a été dit jusqu'ici sur ce sujet. Cependant le problème, posé convenablement, n'est pas insoluble.

Qu'on nous permette de mettre ici en lumière trois points essentiels dont l'exactitude a été déjà démontrée :

1° La voyelle est un son distinct caractérisé physiquement par un timbre particulier;

2° Pendant l'émission d'une voyelle, les parties qui concourent à sa production doivent rester dans l'immobilité ;

3° Le tuyau vocal ne peut produire qu'un certain nombre de sons ayant un timbre distinct et spécifique : ce sont les sons voyelles que nous avons énumérés.

Une partie de la réponse se trouve renfermée déjà dans ces trois points. En effet, la consonne ne peut pas être un son à timbre distinct, un son voyelle se distinguant rien qu'à son timbre des sons de même nature : 1° parce que la consonne se produit au milieu du mouvement des parties; 2° parce que nous avons énuméré sous le nom de voyelles tous les sons à timbre distinct que peut produire le tuyau vocal.

Cependant, la consonne s'accompagne d'un phénomène sonore, puisque nous l'entendons. Quel est donc ce phénomène? Le phénomène sonore qui accompagne l'élément consonne est un *bruit* ou un *murmure*. Mais ce bruit, ce murmure, ne sont pas les mêmes pour chaque consonne. Comment les distingue-t-on entre eux? Ce n'est ni par le ton ni par l'intensité. Ce ne peut être que par le timbre. Rien n'est plus vrai. Mais alors les phénomènes sonores qui accompagnent les consonnes seraient donc des sons voyelles, puisqu'on les distingue entre eux par le timbre? Non certes. Il n'y a pas que les sons voyelles qui aient un timbre différent; les bruits, les murmures, ont le leur; mais ces derniers se distinguent trop des sons voyelles pour qu'on ait besoin de donner ici les motifs scientifiques de cette différence.

Les bruits, les murmures qui accompagnent, suivent ou précèdent les consonnes, sont formés par le même procédé qui préside à la formation des voyelles. Dans les deux cas, les phénomènes sonores sont dus au retentissement du son laryngien, ou du souffle quand il n'y a pas de son dans les différentes cavités du tuyau vocal, formées elles-mêmes par une certaine disposition des parties.

Mais comment se fait-il que des conditions analogues donnent naissance ici à un son, là à un bruit, à un murmure? Le motif en est simple. Le son des voyelles est retentissant et developpé, parce que les orifices, circonscrits par la disposition des parties de la bouche, et à

(1) Littré. *Dictionnaire de la langue française.*

(2) Il serait désirable qu'on abandonnât ces diverses dénominations, dont le moindre inconvénient est de répandre une certaine confusion sur la question de la formation des lettres.

travers lesquels le son s'échappe, sont suffisamment grands. Au contraire, le phénomène sonore qui accompagne les consonnes est un bruit ou un murmure, parce que les mêmes parties sont disposées de telle façon que l'orifice de sortie est excessivement étroit, quand il n'est pas momentanément fermé, et incapable de laisser passer d'une manière continue des ondes sonores convenables.

Les caractères distinctifs que nous venons d'établir entre le phénomène sonore qui constitue la voyelle et celui qui accompagne la consonne sont purement physiques et reposent sur la distinction que l'on peut établir entre un bruit, un murmure et un son complet portant en lui-même ses caractères distinctifs. Le caractère suivant est essentiellement physiologique et nous conduit tout droit à la question de la formation complète de la consonne.

L'émission d'une voyelle pourrait durer indéfiniment, on pourrait, par exemple, prononcer la lettre A pendant toute la durée du souffle, et pendant tout ce temps, la lettre ne cesserait de se faire entendre avec les caractères propres qui permettent de la distinguer d'un O, d'un E, d'un I. Il n'en est pas de même du phénomène sonore qui accompagne les consonnes. Maintenez tant que vous voudrez le sifflement qui accompagne l'F, j'entendrai une espèce de sifflement, mais ce sifflement manque pour moi de caractère; en un mot, il ne me fait pas entendre un F. En vous bornant à faire entendre ce sifflement, c'est comme si vous prolongiez indéfiniment les deux barres horizontales de l'F écrit, sans jamais les arrêter par les deux petits traits verticaux. Dans les deux cas, dans la lettre écrite comme dans la lettre parlée, je ne reconnaîtrai pas un F. Que lui manque-t-il donc pour se montrer à moi avec ses caractères distincts? Il lui manque d'être finie, limitée par un accident. De même que je finis l'F écrit en terminant les deux traits horizontaux par deux petits traits verticaux, de même le sifflement de l'F doit être fini par quelque chose, et ce quelque chose est le déplacement des mêmes parties qui lui donnaient naissance par leur position déterminée.

Ainsi donc le phénomène sonore des voyelles se distingue physiologiquement du phénomène sonore des consonnes, en ce que le premier emprunte ses caractères essentiels à l'immobilité des parties qui concourent à sa production, tandis que le second n'est dûment caractérisé qu'à partir du moment où les parties se déplacent.

Après avoir déterminé les caractères distinctifs du phénomène sonore qui accompagne les consonnes, nous allons examiner ce phénomène dans ses différentes formes.

Tantôt ce phénomène est un bruit de souffle qui, selon l'occlusion plus ou moins complète des parties et l'étendue de ces dernières, prend les caractères d'un sifflement ou d'un bruissement : h (soufflement), f, s (sifflement), ch dans chat (bruissement).

Tantôt le phénomène sonore est un bruit d'explosion. Ce bruit résulte d'une certaine tension du souffle dans l'intérieur du tuyau vocal rendue possible par l'occlusion de toutes les issues, jusqu'au moment où la consonne est prononcée : P, T, K.

Tantôt le phénomène sonore est un bruit de demi-explosion rendu possible par l'ouverture d'une soupape qui modère la tension du souffle dans l'intérieur du tuyau vocal. Les fosses nasales représentent cette soupape. Pendant que les lèvres, par exemple, sont disposées comme pour le P, le son laryngien qui peut se former grâce à l'ouverture de la soupape, s'échappe par les fosses nasales, et les lèvres venant à s'ouvrir, légèrement poussées par le souffle, on a un B au lieu d'un P; c'est-à-dire une demi-explosion : B, D, G (gamin) sont des demi-explosions. Le mécanisme de cette demi-explosion n'avait jamais été indiqué, du moins à notre connaissance; nous l'avons fait connaître pour la première fois, en 1866, dans notre *Physiologie de la voix et de la parole.* Encore aujourd'hui beaucoup d'auteurs considèrent les demi-explosions comme étant des consonnes muettes (1).

Tantôt le phénomène sonore peut être une vibration, comme dans R. Ce phénomène est désigné improprement sous le nom de *trille* par M. Max Muller (2). (Un trille est le passage rapide et alternatif d'une note à la note voisine. Dans l'R, ce passage n'existe pas.)

Tantôt, enfin, ce phénomène est un murmure produit par la glotte et revêtant un caractère particulier en passant à travers l'orifice spécial que lui ménagent les diverses parties de la bouche. Dans ce dernier cas, le murmure est *oral* comme dans le j, z, l, ll, v. Ce murmure provient de ce que l'orifice de sortie du son est assez large pour laisser passer de véritables ondes *sonores.* Dans les consonnes à sifflement, cet orifice est trop étroit et ne laisse passer que le *souffle.* Quannd le murmure vocal retentit dans les fosses nasales, nous le désignons sous le nom de *murmure nasal*, m, n, gn, ng.

Nous insisterons encore ici sur la résonnance nasale. En général, on n'accorde pas au murmure nasal son véritable caractère; on ne le considère pas comme faisant partie constituante

(1) M. Muller. *Nouvelles leçons sur la science du langage*, trad. de MM. George Harris et G. Perrot, page 181.

(2) *Loc. cit.*, page 171.

des consonnes, et, à notre avis, c'est un tort, car c'est priver ces dernières d'un caractère essentiel. Pour M. L. Havet, « la résonnance nasale n'est qu'un *beilaut*, qu'un son accessoire qui accompagne la consonne, mais ne la constitue pas, et qu'on peut comparer à la résonnance accessoire du B (1). »

On sait déjà que nous ne pouvons partager cet avis puisque, selon nous, le phénomène sonore renferme en lui un des caractères spécifiques de l'élément consonne. Cependant nous entrerons dans quelques détails, car il est très-important que toutes ces questions soient complétement élucidées.

Le murmure nasal qui précède les consonnes nasales m, n, gn, ng rentre si bien dans la constitution même de ces consonnes, que sans lui la consonne ne serait pas possible. Le mouvement labial de l'M, qui n'est ni une explosion ni une demi-explosion, mais un mouvement volontaire, ne serait qu'un mouvement sans signification (puisqu'il ne serait pas entendu) s'il n'était accompagné ou précédé d'un phénomène sonore. Il en est de même du N, du gn, du ng. Quant au B, la demi-explosion qui le caractérise n'est possible qu'à cette seule condition que le son laryngien puisse s'écouler préalablement par le nez. Le résonnement nasal est donc absolument indispensable soit comme élément caractéristique de certaines consonnes telles que M, N, gn, ng, soit comme élément nécessaire à la production d'autres consonnes telles que le B, le D.

Dans les deux cas, le phénomène sonore est indispensable, et, de plus, on ne saurait confondre, avec M. L. Havet, le phénomène sonore *caractéristique* des consonnes M, N, gn, ng, avec le phénomène sonore simplement *nécessaire* qui précède la demi-explosion des consonnes B, D. D'ailleurs, la résonnance nasale est si bien partie constituante des consonnes nasales, que très-souvent, dans le langage, ce n'est que d'après elle qu'on juge de l'émission de ces consonnes. Ainsi, par exemple, lorsque nous disons *impenetrabilis* (prononciation latine), le mouvement des lèvres caractérisant l'M est remplacé par le mouvement explosif du P, et nous ne savons que nous avons prononcé un M et non un N, ou un *gn* ou un *ng* que par la nature du résonnement oro-nasal variablement nuancé par la disposition variable des parties.

Une question en entraîne une autre, et celle qui précède nous conduit à dire pourquoi nous n'admettons que quatre consonnes murmurantes *nasales* : m, n, gn, ng.

La résonnance nasale peut précéder l'émission de toutes les consonnes, mais sans faire corps avec elles. Or, pour qu'une consonne nasale mérite ce nom, il faut que le murmure nasal fasse corps avec le mouvement-consonne, et qu'il n'y ait pas entre eux solution de continuité. Si cette solution existe, on émet une consonne quelconque précédée d'une résonnance nasale. D'un autre côté il est indispensable, pour que le murmure nasal puisse se produire convenablement, que l'orifice buccal soit fermé; par conséquent toutes les *soufflantes*, toutes les *murmurantes orales* ne peuvent pas, en s'associant avec le résonnement nasal, former de vraies consonnes nasales. Il ne reste donc plus que les demi-explosives et les explosives. Les premières sont constituées par un léger murmure oral qui s'écoule par le nez, et ce léger murmure, tout à fait caractéristique, ne peut coexister avec le résonnement oro-nasal qui caractérise les consonnes nasales. Dans les deux cas, il y a une disposition différente de la langue dans l'intérieur de la bouche, qui modifie le murmure oral. Les secondes sont constituées de telle façon que le murmure nasal ne peut pas faire corps avec le mouvement des parties; il y aurait nécessairement entre le résonnement nasal et les mouvements une solution de continuité destinée à rendre possible l'explosion qui enlèverait à la prétendue nasale, formée dans ces conditions, le caractère d'unité et de fusion qui doit exister entre les deux éléments de la consonne.

Ainsi donc, ni les soufflantes, ni les murmurantes orales, ni les demi-explosives, ni les explosives ne peuvent, en s'associant au murmure nasal, constituer une vraie consonne nasale.

Il ne nous reste donc plus qu'à considérer les consonnes nasales elles-mêmes et relever les conditions essentielles de leur formation. Ces conditions sont au nombre de deux : 1° l'occlusion *complète* du tuyau buccal sur un point de son étendue avec la possibilité de l'ouvrir *volontairement* sans explosion ni demi-explosion; 2° la résonnance nasale accompagnée de la résonnance buccale jusqu'au point où l'orifice buccal est clos. Si vous appliquez ces deux conditions à chacune des huit régions du tuyau buccal, vous n'arriverez commme nous qu'à la possibilité de ne former que quatre consonnes nasales : m, n, gn, ng.

Le soufflement plus ou moins empêché à sa sortie, les murmures oral et nasal, la vibration, l'explosion et la demi-explosion, sont des phénomènes assez distincts par eux-mêmes pour qu'on ne les confonde pas avec des sons voyelles. Mais comment distinguer entre elles les consonnes soufflantes, les murmurantes, les explosives, les demi-explosives? Le plus souvent on y arrive par le même procédé qui sert à distinguer les sons voyelles. Chacun de ces phénomènes,

(1) *Mémoires de la Société de linguistique*, tome II, premier fascicule, page 76.

en effet, emprunte à la disposition des parties au milieu desquelles il se produit un timbre particulier très-suffisant. C'est ainsi que nous distinguons facilement un G, dans *goût*, d'un J et d'un Z, bien que ces trois consonnes soient accompagnées d'un murmure oral. Mais il est d'autres consonnes dont le phénomène sonore ne saurait être suffisamment distingué par le timbre. Toutes les nasales, par exemple, ont à peu près le même timbre, et on ne les distingue bien entre elles que par le mouvement des parties. Il suit de là que le phénomène sonore ne renferme pas entièrement les caractères spécifiques et distinctifs de la lettre consonne dont il est cependant un des éléments fondamentaux. Que lui manque-t-il donc? Quel est cet autre élément du caractère spécifique? Il lui manque le mouvement des parties dont la disposition caractérise le phénomène sonore lui-même, et c'est dans ce mouvement que nous trouverons le complément du caractère spécifique de la consonne.

Comme nous l'avons dit plus haut, le phénomène sonore de la consonne pourrait être produit indéfiniment sans être autre chose qu'un bruit quelconque, si le mouvement des parties ne venait pas lui imposer une limite de durée, le finir, en un mot. Or, ce mouvement, en quoi consiste-t-il? Quels sont ses caractères? Le mouvement qui concourt à la formation des consonnes est un mouvement de détente analogue à celui qui accompagne l'ouverture complète d'une porte entrebâillée ou entièrement fermée.

Dans la prononciation de toute consonne, certaines parties du tuyau vocal commencent par affecter une position spéciale, dans le but évident, soit d'emprisonner complétement le souffle, soit de mettre un obstacle plus ou moins prononcé à sa sortie; de là les bruits explosifs, les sifflements, les murmures. Eh bien, le mouvement qui concourt à la formation des consonnes n'est autre que celui qui fait disparaître les divers obstacles à la sortie du son ou du souffle. En d'autres termes, c'est un mouvement de détente. Ce mouvement tantôt précède la formation des phénomènes sonores, comme dans les explosions P, T, K; tantôt il suit ces phénomènes, comme dans les murmurantes nasales; tantôt, enfin, il les accompagne, comme dans les murmurantes orales G, J, L, R.

Dans tous les cas, le mouvement des parties concourt, avec le phénomène sonore, à la fortion de toute consonne. Pour avoir une juste idée de ce mouvement, on peut faire précéder la consonne de la lettre neutre *E;* on entend par ce moyen les éléments de la consonne dans toute leur pureté : ep, ef, es, er, ech, etc, etc.

A cette occasion, nous signalerons une illusion qui ne tendrait à rien moins qu'à faire admettre deux prononciations de la même consonne, et qui, dans tous les cas, constitue une interprétation physiologique tout à fait erronée de la formation de ces lettres. Nous voulons parler de la prononciation des consonnes redoublées dans l'intérieur d'un mot, comme dans *anna, appa, amma.*

Quelques auteurs, et entre autres M. L. Havet, pensent que, dans ces mots, il y a deux n, deux m, deux p : l'n de *an* et l'n de *na*, l'm de *am* et l'm de *ma*, le p de *ap* et le p de *pa*. Nous pensons que ces différences n'existent pas. Il y a, il est vrai, deux signes graphiques identiques dans chaque mot; mais ce redoublement dans les signes écrits n'indique pas qu'il y ait deux phonèmes différents dans la prononciation. En vérité, l'm de *am* n'est que la moitié d'un m, et l'm de *ma* représente l'autre moitié. L'illusion que nous critiquons repose sur ce que l'on a cru que l'm de *am* était fini. Il n'est pas possible d'admettre le fait, si l'on se rappelle que le mouvement des parties (mouvement de détente) est absolument indispensable pour caractériser complétement toute consonne. A la fin d'un mot, l'n de *an*, l'm de *am*, le p de *ap*, sont finis précisément parce que le mouvement des parties termine ces consonnes. Ainsi donc, nous pensons que l'on fera bien, dans les études de linguistique, de se méfier de cette illusion possible, et qui ne tendrait à rien moins qu'à inspirer l'idée d'inventer un double alphabet. Toutes les consonnes pouvant être doublées dans l'intérieur des mots, le premier de ces alphabets représenterait une moitié de chaque consonne, et le second l'autre moitié. Mais ce double alphabet n'aurait aucun avantage, parce que, dans le langage, il faudrait nécessairement rapprocher ces deux moitiés.

Il est, à ce propos, une question bien plus intéressante et tout à fait digne de tenter la sagacité d'un linguiste. Ce serait de rechercher les motifs du redoublement des consonnes écrites dans l'intérieur des mots. Pour nous, et d'après la connaissance seule des lois qui président à la formation des lettres, nous pensons que ce redoublement n'a d'autre but et d'autre effet que de prolonger ou d'accentuer un des éléments caractéristiques de la consonne, et cet élément est le phénomène sonore. Dans le redoublement du P, on accentue l'explosion; dans le redoublement de l'M, on prolonge le murmure nasal.

Le mouvement caractéristique des consonnes que nous venons de définir a naturellement une importance de premier ordre. Grâce à lui, l'exécution des signes parlés se produit avec la rapidité nécessaire aux opérations de la pensée. Le mouvement consonne, en effet, s'effectuant toujours dans le sens de la production de la voyelle qui suit en général la consonne dans

le langage, il n'y a pour ainsi dire pas d'intervalle entre la prononciation de ces deux éléments de la parole. Quand nous prononçons *pa*, par exemple, le mouvement des parties qui caractérisent le *P* se fait dans la direction convenable pour amener aussitôt la disposition nécessaire à la lettre *a*; il y a donc si peu d'intervalle entre la lettre *P* et la lettre *a*, qu'on pourrait croire à la prononciation simultanée de ces deux dernières.

Le phénomène sonore, bruit ou murmure, distinct du son voyelle, et le mouvement des parties qui limitent et complètent ce phénomène, tels sont les facteurs caractéristiques des consonnes, et nous pouvons dès à présent donner une définition convenable de cet élément de la parole : *La consonne est un phénomène sonore, distinct du son voyelle, complété et limité par le mouvement des mêmes parties qui avaient concouru à sa production.*

Nous avons démontré plus haut que la voyelle est complète par la seule disposition des parties, et que le mouvement de ces dernières lui enlève son caractère spécifique. Par conséquent, nous avons déterminé non-seulement les caractères propres de chaque élément de la parole, mais encore les caractères spéciaux qui permettent de distinguer ces deux éléments l'un de l'autre : aux voyelles, le son plein et l'*immobilité* des parties ; aux consonnes, l'accident sonore, bruit ou murmure, et le *mouvement* des parties.

La connaissance des lois qui président à la production des consonnes nous fournit non-seulement les moyens de préciser la formation de chacune d'elles, mais encore elle nous permet d'établir la seule base possible d'une classification naturelle.

En effet, nous n'avons qu'à déterminer les parties du tuyau vocal susceptibles de fournir par leur disposition les phénomènes sonores que nous avons caractérisés, ainsi que les mouvements qui les accompagnent, et en appliquant à chacune de ces parties les notions que nous possédons, nous aurons fait connaître la formation de toutes les consonnes possibles.

Les régions du tuyau vocal qui peuvent fournir les conditions dont nous venons de parler sont : 1° La région glottique ; 2° la région linguo-palatine postérieure ; 3° la région linguo-palatine moyenne; 4° la région linguo-palatine antérieure ; 5° la région linguo-dentale ; 6° la région linguo-palatine latérale ; 7° la région labio-dentale ; 8° la région labiale.

Chacune de ces régions peut fournir un ou plusieurs des phénomènes sonores qui caractérisent les consonnes et aussi le mouvement correspondant.

1° *Région glottique.* — Cette région ne fournit qu'une seule consonne, l'H. La formation de cette lettre a été généralement mal comprise ; nous n'en voulons d'autre preuve que la qualification vicieuse dont on l'accompagne habituellement quand on dit H *aspiré*. Loin d'être une *aspiration*, le phénomène sonore qui accompagne la formation de cette lettre est un *soufflement* produit par la glotte aussi ouverte que possible. C'est ce soufflement caractéristique terminé par l'épuisement du souffle qui produit l'H aspiré. L'H non aspiré est simplement un signe graphique; il n'existe pas dans la parole.

Si nous rangeons l'H parmi les consonnes, c'est pour nous conformer à l'usage. Mais nous devons faire remarquer que cette lettre mérite plutôt le nom de *signe d'accentuation*. En effet, elle ne renferme aucun des caractères du son voyelle, et si elle est constituée par le phénomène sonore propre aux consonnes, c'est-à-dire par le souffle, ce dernier n'offre aucun caractère bien distinct. Essayez de prononcer l'H sans l'associer ni à une voyelle ni à une consonne, et vous aurez une simple *expiration*. Quant au mouvement de détente qui caractérise toutes les consonnes, il est représenté dans l'H par un mouvement contraire, c'est-à-dire par la contraction de la glotte. L'H ne mérite donc pas d'être considéré comme une lettre et surtout comme une lettre consonne. Nous trouvons plus judicieux de lui donner la valeur d'un signe d'accentuation destiné à indiquer le plus ou moins d'aspiration ou plutôt de souffle qu'il faut donner à la prononciation des voyelles et des consonnes. C'est ainsi d'ailleurs que les Grecs l'avaient compris en remplaçant l'H par l'esprit doux et par l'esprit rude.

Le souffle qui caractérise l'H précède en général la formation de la voyelle qu'il accompagne. Dans ce cas, la disposition des lettres écrites indique bien la succession des phénomènes. Plus rarement le souffle vient après l'émission de la voyelle, et alors on écrit l'H après la voyelle, comme dans AH!

Associé aux consonnes, l'H est toujours écrit après elles. On avait senti le motif de cette convenance, mais sans l'expliquer. Il est cependant fort naturel. Toutes les consonnes ont pour effet de s'opposer à la sortie de l'air sonore. L'H, loin de s'opposer à la sortie de l'air, ouvre la porte aussi grande que possible. Par conséquent, toutes les fois qu'une consonne est suivie d'un H, cela veut dire que cette consonne doit d'abord commencer de se produire avec les caractères qui lui sont propres, et se terminer rapidement dans le sens de l'H, c'est-à-dire en donnant aux parties une disposition telle que l'air s'écoule le plus facilement possible, *sans que la consonne perde son caractère spécifique.* Nous avons souligné cette dernière condition, parce que certains auteurs ne se rendant pas compte des caractères spécifiques des consonnes, ont avancé que, « joint à une consonne, l'H la modifie profondément. Ainsi, P aspiré devient F

B devient V; Z devient J, etc. (1) » Il n'y a qu'une chose à répondre à cela, c'est que l'aspiration, un simple souffle, ne suffit pas pour caractériser une consonne, et que l'aspiration seule ne fera jamais qu'un P, formé par le mouvement des lèvres, puisse produire une consonne comme l'F qui est engendré par le souffle passant entre la lèvre supérieure et les dents de la mâchoire inférieure. Admettre la possibilité de cette transformation c'est méconnaître les lois fondamentales de la formation des lettres et jeter la confusion dans un sujet déjà fort difficile par lui-même.

N'est-ce pas tout confondre, en effet, que d'assimiler l'L aspiré au double L, le LH à LL; le Z aspiré, c'est-à-dire le ZH au J; le SH au CH; le NH au GN? Sans doute là où le Portugais écrit : *vermelha* et *senhor*, nous écrivons : vermeille et seigneur; sans doute les enfants disent quelquefois Zardin avec le Zh au lieu de jardin; sans doute, enfin, les Anglais disent Shérif avec Sh là où nous pourrions écrire chérif avec notre *ch*; mais cette diversité dans les signes graphiques prouve que le même phénomène sonore peut être représenté par des signes différents, et nullement que le LL, le *gn*, le j, le ch, soient des consonnes aspirées. Si ces consonnes sont aspirées, elles le sont de naissance et non par le fait de l'addition de la consonne qui représente l'aspiration. En effet, le LL, le gn, le j, le ch, sont des consonnes parfaitement caractérisées par elles-mêmes et n'empruntent rien à l'h aspiré.

Le phénomène sonore qui caractérise l'h aspiré se retrouve plus ou moins modifié dans toutes les régions du tuyau vocal. Dans la seconde, il donne le *jota* espagnol formé par le souffle étranglé entre la base de la langue et le voile du palais; dans la troisième, il fournit le ch (chat) caractérisé par un bruissement plus ou moins accentué, plus ou moins *aspiré*; dans la quatrième, nous trouvons l'S qui, selon la manière dont elle est poussée, fournit une véritable aspiration : c'est pourquoi l'aspiration avait été rangée parmi les sifflantes par les grammairiens hindous; dans la cinquième, nous trouvons le th anglais; dans la septième, enfin, nous trouvons le F qui n'a pas besoin d'être un P aspiré pour être un F, mais que l'on peut aspirer facilement, et représenter dès lors par le signe graphique FH.

(La fin dans un prochain numéro.)

(1) A. D'Assier. *Essai de grammaire générale*, p. 34.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION

Séance du 7 avril 1877. — Présidence de M. Widal.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance imprimée comprend :

Une brochure de M. le docteur Lœwenberg, intitulée : *De l'échange des gaz dans la caisse du tympan au point de vue physiologique et thérapeutique.*

Et plusieurs publications périodiques.

—

M. le docteur Mayer communique un travail sur les lésions du fond de l'œil observées dans le cours de la fièvre typhoïde. Ce travail sera imprimé dans les *Mémoires* de la Société.

M. le docteur Rathery, dans sa thèse d'agrégation : *Des accidents de la convalescence*, s'est occupé des paralysies consécutives; peut-être y a-t-il des accidents congestifs dans les cas de paralysies dont a parlé M. Mayer? A quel moment ont paru ces accidents paralytiques?

M. Mayer : Tantôt de suite, tantôt plus tard.

M. Widal a vu un malade de son service, convalescent de fièvre typhoïde, et atteint d'ulcérations de la cornée.

M. Jules Besnier : L'ulcération de la cornée provient d'un trouble de nutrition générale. M. Besnier a observé un cas d'ulcérations des amygdales, avec sphacèle limité de la face interne de ces glandes.

M. Mayer : C'est presque uniquement l'altération générale qui amène les ulcérations; cependant, dans les cas où il n'y a aucune autre lésion ni aucun trouble de la santé générale, il doit y avoir une autre cause, telle que l'absence ou la diminution de la sécrétion lacrymale; alors l'œil est sec, insensible au toucher, d'où ulcération.

M. Lereboullet : Il y a autre chose que le marasme; dans les fièvres typhoïdes graves, il y a, outre les lésions de l'intestin, une série de lésions qui envahissent les divers appareils de l'organisme et, en particulier, le tissu nerveux. Dans ces manifestations de la fièvre typhoïde, les lésions sont complexes, et l'on est loin de pouvoir maintenir l'opinion de ceux qui vou-

draient encore localiser dans l'intestin toute la maladie. Les lésions oculaires sont donc multiples et variées. Les atrophies papillaires sont souvent consécutives à des méningites.

M. Galezowski demande que la discussion sur ce point spécial soit renvoyée à la séance suivante. Cette proposition est acceptée.

M. Lereboullet communique à la Société plusieurs observations de méningite venant compliquer la fièvre typhoïde.

M. Widal a observé un cas où le diagnostic était très-difficile entre la méningite et la fièvre typhoïde, et où, après avoir porté le diagnostic méningite, on a dû, d'après l'autopsie, reconnaître l'existence d'une fièvre typhoïde.

M. Lagneau pense qu'il peut y avoir combinaison entre les deux affections, qu'on a attaché trop d'importance aux accidents intestinaux; quelquefois, les lésions intestinales sont très-limitées et les accidents cérébraux fréquents.

M. Lereboullet : Dans les traités de Louis et de Forget sur la fièvre typhoïde, l'on reconnaît la préoccupation qui engageait alors à limiter à l'intestin les accidents typhoïdiques; d'après eux, il n'y aurait pas de lésions permanentes des méninges dans la fièvre typhoïde. Cependant M. Lereboullet, bien qu'il admette que très-souvent les accidents nerveux de la fièvre typhoïde puissent simuler la méningite, croit à l'existence de méningites compliquant la maladie.

Le secrétaire annuel, Dr Foucart.

LOI

RELATIVE A L'ORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS DE L'ARMÉE DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES ET DANS LES HOSPICES CIVILS.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Chacun des corps d'armée de l'intérieur aura dans la région qu'il occupe, et autant que possible au chef-lieu du corps d'armée, un établissement hospitalier militaire destiné à l'instruction spéciale du personnel, à la préparation et à l'entretien du matériel nécessaire au corps d'armée pour le service hospitalier en cas de mobilisation.

Art. 2. — A l'exception des hôpitaux régionaux, des hôpitaux permanents des gouvernements de Paris et de Lyon et des hôpitaux thermaux, tous les autres hôpitaux militaires pourront être successivement supprimés quand, dans les villes où ils existent, les hospices civils appropriés à cet effet seront en état d'assurer en tout temps le service médical militaire.

Toutefois, ces suppressions ne pourront avoir lieu qu'en vertu d'une disposition formelle de la loi de finances de chaque année.

Art. 3. — Dans les localités où il n'existera pas d'hôpitaux militaires, dans celles où ils seront insuffisants, les hospices civils seront tenus de recevoir et de traiter les malades de l'armée qui leur seront envoyés par l'autorité militaire.

Art. 4. — Les hospices civils seront, à cet effet, par décret du président de la République, rendu sur la proposition des ministres de la guerre et de l'intérieur, divisés en deux catégories : 1° les hôpitaux mixtes ou militarisés; 2° les hôpitaux civils proprement dits.

Seront classés dans la première catégorie les hôpitaux civils où il y aura des salles spécialement réservées aux malades militaires.

Toutes les fois qu'une garnison atteindra le chiffre de 300 hommes, les malades militaires seront soignés dans des salles spéciales et soumis, autant que possible, sous le rapport du régime hospitalier, aux règlements en vigueur dans les hôpitaux militaires.

Seront classés dans la seconde catégorie, les hôpitaux des villes où les garnisons n'atteindront pas le chiffre de 300 hommes; les malades militaires seront soignés dans les salles ordinaires s'il n'est pas possible d'avoir des salles spéciales, et soumis au régime de l'hôpital civil.

Lorsque l'effectif d'une garnison sera de 1,000 hommes au moins, le traitement des malades sera toujours confié aux médecins militaires; au-dessous de ce chiffre, les malades militaires seront soignés par les médecins militaires toutes les fois que le personnel médical de la garnison le permettra; en cas d'insuffisance, le service des salles militaires sera fait par des médecins civils.

Dans les hôpitaux civils proprement dits, les malades de l'armée seront soignés par les médecins civils.

Quand des malades militaires seront soignés par des médecins civils, le médecin de la gar-

nison aura le droit de les visiter; mais, sous aucun prétexte, il ne pourra s'immiscer dans le traitement ni donner des ordres dans le service.

Art. 5. — Les obligations imposées aux hospices civils ne peuvent, dans aucun cas, porter préjudice au service des fondations et de l'Assistance publique.

L'État doit à ces établissements une allocation égale aux frais qui leur incombent par suite du traitement des malades militaires.

Art. 6. — La dépense des travaux de construction ou d'appropriation reconnus nécessaires pour l'établissement, dans les hospices civils, des services hospitaliers des garnisons est exclusivement à la charge de l'État. Nul travail ne pourra être exécuté sans l'assentiment de la commission administrative de l'hôpital et du Conseil municipal de la ville, et sans l'accord préalable des ministres de la guerre et de l'intérieur.

Toutefois, les traités particuliers conclus avec les communes qui ont pris envers l'État l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les hôpitaux civils demeurent exécutoires.

Art. 7. — Une convention passée entre le représentant du ministre de la guerre et la commission administrative de l'hôpital déterminera, pour chaque hôpital, suivant la catégorie à laquelle il appartiendra, le régime spécial à cet établissement, les conditions d'application du règlement militaire et la dette correspondante à l'État.

Le nombre des lits à affecter aux malades militaires dans les hospices civils sera fixé de gré à gré entre les commissions administratives et le ministre de la guerre ou son représentant.

Cette convention ne sera exécutoire qu'après avoir été approuvée par le conseil municipal et ratifiée par les ministres de la guerre et de l'intérieur.

En cas de désaccord entre les deux ministres, la commission administrative de l'hôpital ou le Conseil municipal, les conditions et le prix du traitement des militaires seront réglés par un décret rendu en Conseil d'État.

La convention aura une durée de cinq années; elle pourra, exceptionnellement, être révisée dans cet intervalle, à la condition qu'il y ait accord entre toutes les parties.

Les contestations qui pourront s'élever sur l'exécution, soit de la convention, soit du décret rendu à défaut de convention, seront portées devant le conseil de préfecture du département où est situé l'hôpital, et en cas d'appel devant le Conseil d'État.

Ces dispositions sont également applicables aux contestations qui pourront surgir entre les commissions administratives des hospices et des communes qui ont pris envers l'État l'engagement d'assurer le traitement des malades militaires dans les hôpitaux civils.

Art. 8. — Un règlement d'administration publique pourvoira à l'exécution de la loi sur les bases ci-dessus établies.

Art. 9. — Dans les six mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique, les commissions administratives des hôpitaux pourront demander, nonobstant les conventions en cours d'exécution, qu'il leur soit fait application des dispositions de la présente loi.

Il sera fait droit à ces demandes dans un délai de même durée et conformément aux prescriptions de l'article 7.

Art. 10. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Versailles, le 7 juillet 1877.

Maréchal DE MAC-MAHON, duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :

Le ministre de la guerre, général A. BERTHAUD.

Éphémérides Médicales. — 17 JUILLET 1787.

La Société de médecine propose en prix cette question : « Déterminer 1° s'il existe des maladies vraiment héréditaires, et quelles elles sont; 2° s'il est au pouvoir de la médecine d'en empêcher le développement ou de les guérir après qu'elles se sont déclarées. »

Ce fut Michel-Raphaël de Gellei, docteur en médecine, résidant à Vienne, en Autriche, qui remporta le prix (une médaille d'or de 100 liv.). L'auteur avait choisi cette épigraphe empruntée à Bacon : *Non fingendum, aut excogitandum, sed niveniendum quid natura ferat vel faciat.* — A. CH.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA BLÉPHARITE MUQUEUSE. — TESTELIN.

Bichlorure de mercure.	0 gr. 05 centigr.
Extrait de jusquiane.	4 grammes.
Eau distillée.	125 —

F. s. a. un collyre (n° 1).

2°

Bichlorure de mercure	0 gr. 05 centigr.
Laudanum de Sydenham. . . . . . } Alcool camphré . . . . }	âà. . . 1 gramme.
Eau distillée.	125 —

F. s. a. un collyre (n° 2).

Dans le cas de blépharite, on lotionne les paupières, légèrement entr'ouvertes, cinq ou six fois par jour, avec l'un ou l'autre de ces collyres, coupés avec moitié d'eau chaude en hiver, de façon à ce que le mélange soit tiède. — On commence par le collyre n° 1, lorsque la maladie est récente et affecte la forme la plus aiguë, et on prévient le patient du trouble que la dilatation de la pupille va apporter à sa vision. — Si l'inflammation est plus ancienne, et de forme plus chronique, on préfère le collyre n° 2.

Le soir, au moment du coucher, on enduit le bord libre des paupières avec la pommade suivante :

Calomel à la vapeur.	1 gramme.
Axonge	6 —

Mêlez. — On s'efforcera de soustraire les yeux à l'action des poussières ou des vapeurs irritantes et aux veilles prolongées; on combattra l'influence du vent ou d'une lumière trop vive à l'aide de conserves teintées de bleu. Enfin, on prescrira des douches en pluie pour empêcher la récidive. — N. G.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

—

NÉCROLOGIE. — Nous annonçons avec regret la mort d'un honorable et excellent confrère, M. le docteur Costilhes, médecin de Saint-Lazare, chevalier de la Légion d'honneur. M. Costilhes était allié à la famille si sympathique de M. Moreau (de Tours), dont un des fils, M. le docteur Paul Moreau, a épousé la fille de M. Costilhes.

LE GRAND CONCOURS ANNUEL DU PRIX HUGUIER. — Ces jours derniers, un jury composé d'artistes peintres et sculpteurs, parmi lesquels on remarquait M. le docteur Mathias Duval, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur d'anatomie à l'École des beaux-arts; MM. Lenoir, Lequesne, Tony-Robert, Fleury, etc., se réunissait à l'École des beaux-arts, dans la salle Melpomène, pour y juger le *grand concours annuel d'anatomie, dit prix Huguier*, fondé il y a quatre ans.

Dix concurrents, la plupart déjà médaillés aux précédents concours, avaient été admis à passer les épreuves préparatoires de cet important concours.

Après deux jugements simultanés, faisant suite aux épreuves dessinées et aux examens oraux passés devant le jury, ce dernier n'avait encore éliminé aucun des candidats.

Le jury, dans l'embarras du choix, exigea une dernière épreuve, à la suite de laquelle le prix Huguier, pour 1877, a été décerné à M. Cuyer, élève de M. Bonnat; deux mentions honorables à MM. Besly, élève de M. Cabanel; Haro, élève de MM. Cabanel et Carolus Duran.

Le jury a été heureux de constater que, depuis la fondation de ce prix, le concours de cette année avait été le plus fort. A plusieurs reprises il a témoigné sa haute satisfaction, et il adresse, à ce propos, de vifs encouragements à MM. Denet, Jacques de Tarade, Félix Lacaille Chavaillaud, Masson et Guyot.

Le jury ne s'est séparé qu'à six heures.

ARMÉE TERRITORIALE. — Les journaux allemands annoncent que cette année, comme toutes les autres, et en *vertu du plan de mobilisation* du service de santé, tous les médecins civils ont été invités par la présidence de police à remettre une déclaration indiquant la mesure

dans laquelle ils sont prêts à offrir leurs services en cas de campagne. L'*Avenir militaire*, qui reproduit cette nouvelle, réclame à l'administration de la guerre une mesure analogue qui puisse mettre ceux de nos confrères qui font partie de l'armée territoriale en demeure de se prononcer sur la question de savoir s'ils sont prêts, en cas de mobilisation, à servir dans le corps de santé. En appelant sur la nécessité d'organiser sérieusement les cadres de l'armée territoriale toute l'attention de M. le ministre de la guerre, il ne serait pas inutile de lui signaler l'une des causes principales des difficultés que rencontre l'administration, quand elle cherche à recruter les médecins. N'est-il point singulier de voir conférer à d'anciens officiers, à des avocats, ingénieurs, architectes, etc., les grades les plus élevés, alors que l'on n'offre à tout médecin, fût-il agrégé ou médecin des hôpitaux, que le grade d'aide-major de 2ᵉ classe dans l'armée territoriale? Puisque l'on tient à conserver l'assimilation, au moins faudrait-il ne point assimiler un professeur de Faculté à un élève sortant de l'École de médecine militaire.

Les travaux du nouvel hospice de Ménilmontant. — Les travaux du nouvel hospice de Ménilmontant sont en ce moment poussés avec une grande vigueur. L'entrée principale est déjà faite, sur la rue de la Chine, derrière la nouvelle mairie du XXᵉ arrondissement, et le mur de clôture de 2 m. 50 c. de hauteur, tout en meulière, avec son couronnement en pierre plate, est maintenant complétement élevé sur les rues de la Dhuys, Sorbier et de la Chine; il ne reste plus qu'à en faire les joints au ciment.

Les cinq corps de bâtiment qui composeront cet immense établissement sont déjà tous entièrement couverts; et l'on ne s'occupe plus guère, en fait de maçonnerie, que des ravalements intérieurs; pour ce qui est de la menuiserie, à part celle des croisées, qui est complétement terminée, elle est encore peu avancée, mais on y travaille activement.

Ces cinq corps de bâtiment seront reliés par des galeries couvertes, qui permettront aux malades et aux employés de circuler dans tout l'hôpital, sans s'exposer au contact de l'air extérieur.

La grande cour intérieure est très-spacieuse, et une galerie couverte y règne sur trois de ses faces; le quatrième côté est occupé par l'église, dont on vient de terminer le campanile, qui est du meilleur goût. Les jardiniers travaillent à mettre en état les parterres, et la plantation des arbres est chose faite depuis l'automne.

Les amphithéâtres et bâtiments de dissection et d'exposition sont relégués derrière l'église et en partie masqués par elle. Cette vue, en effet, n'aurait rien de particulièrement gai pour les malades.

Cet hospice une fois achevé sera certainement un des plus beaux et des plus spacieux de Paris.

Mortalité des enfants à Berlin. — Il résulte des statistiques de l'Office de santé que, à Berlin, la mortalité parmi les enfants est effrayante. Ainsi, dans la dernière semaine de juin, il est mort dans la capitale de l'Allemagne plus de 700 enfants de la cholérine et de la dysenterie. Ce chiffre n'avait été atteint dans aucune année antérieure. La Société hygiénique de Berlin a nommé une commission chargée de rechercher les causes de ce phénomène, et de porter surtout son attention sur les conditions de l'alimentation.

Le professeur Lister. — Les journaux de médecine de Londres annoncent que M. Lister a accepté le poste de professeur de clinique chirurgicale à King's College, place laissée vacante par le décès de sir W. Fergusson.

L'illustre chirurgien avait d'abord refusé de venir à Londres; il ne voulait pas quitter Édimbourg, où il s'est créé une place considérable, attirant autour de lui une nombreuse cohorte d'étudiants; mais il a fini par céder aux sollicitations de ses amis de Londres, en posant comme condition qu'il serait libre d'organiser, comme il l'entendrait, le service de chirurgie de King's College pour y appliquer son système antiseptique. Nul doute que Lister ne prenne à Londres une situation exceptionnelle, comme opérateur et comme clinicien. (*Gaz. méd. de Paris.*)

État sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants.—Pendant la semaine finissant le 13 juillet 1877, on a constaté 837 décès, savoir: Variole, 3 décès; — rougeole, 17; — scarlatine, 2; — fièvre typhoïde, 16; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 35; — pneumonie, 42; — dysentérie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 27; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 22; — croup, 18; — affections puerpérales, 4; — affections aiguës, 244; — affections chroniques, 339 (dont 187 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 36; — causes accidentelles, 26.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question du salicylate de soude a été mise de côté pour donner la parole à M. Pasteur, qui a fait une communication étendue sur la présence des bactéridies dans le sang des animaux charbonneux. Analyser *de auditu* ce discours, qui a duré près de deux heures, ne serait pas en notre pouvoir. Notre compte rendu en a recueilli tout ce qu'il en pouvait recueillir. Quant aux observations que ce beau travail de M. Pasteur peut faire naître, il faut y réfléchir à deux fois avant de se mettre en contradiction, si légère soit-elle, avec un expérimentateur de cette valeur. D'autant plus que M. Pasteur n'a pas traité seulement une grande et belle question que nous pourrions appeler d'histoire naturelle, mais encore a soulevé de graves et importantes questions de pathologie générale et de pathogénie. Tout cela mérite réflexion.

Hôpital des Enfants-Malades

DU CROUP

Conférences cliniques par M. le docteur ARCHAMBAULT.

Messieurs,

Je désire vous entretenir aujourd'hui du croup, affection bien connue, mais qui ne peut cesser d'intéresser les médecins, surtout ceux qui sont adonnés à la pratique des maladies de l'enfance. C'est, en effet, une des affections qui tiennent la plus large place dans la clinique du jeune âge, comme vous allez pouvoir en juger par les chiffres que je mets sous vos yeux.

D'après un relevé que j'ai fait faire, on a traité dans les dix dernières années, de 1866 à 1875 inclusivement, 1,152 croups à l'hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres) et 1,550 à l'hôpital Sainte-Eugénie (rue de Charenton) ; ce qui fait un total de 2,702 cas de croup en dix ans, soit 270 comme moyenne annuelle. (Cette statistique ne comprend que les enfants restés à l'hôpital jusqu'à la terminaison de leur maladie par la guérison ou par la mort. D'autres ont été emportés par leurs parents au cours de la maladie, et ne sont pas comptés ; ils sont d'ailleurs en petit nombre.)

J'ai voulu savoir, à l'aide de la statistique municipale, qui ne donne que les cas de mort, quelle était à peu près la fréquence annuelle du croup à Paris, et voici ce que j'ai trouvé : En 1871, il est mort, à Paris, 520 enfants du croup ; en 1872, 721 ; en 1873, 709. (Je n'ai pu me servir du travail pour 1874, parce que, à partir de cette année, la statistique ne contient plus le mot *croup*, mais seulement le mot *diphthérie* ; je ne sais pourquoi on a fait cette suppression peu heureuse, à mon sens, bien que le mot croup soit remplacé par le mot diphthérie suivie d'opération.)

Me servant des trois chiffres de mortalité ci-dessus, et admettant d'ailleurs, ce qui est certain, que la mortalité en ville est notablement inférieure à ce qu'elle est à l'hôpital, où n'entrent que les cas graves, je suis arrivé à cette conclusion que (en 1871) 192 cas de croup ayant donné lieu, à l'hôpital des Enfants, à 154 décès, les 520 cas de mort par le croup de la statistique municipale, qui s'applique à la totalité de la population, répondaient à l'existence de 629 cas de croup au moins. Que, pour 1872, il y avait eu, à Paris, au moins 970 cas de croup et 974 en 1873. Vous voyez donc tout de suite, Messieurs, qu'il s'agit ici d'une maladie de la plus haute importance, et par le nombre des enfants qui en sont atteints, et par la gravité du mal.

Aussi comprenez-vous facilement l'intérêt de l'étude que nous allons entreprendre, bien que cette étude ait déjà été faite un grand nombre de fois.

En France, le mot *croup* a une signification bien précise. Depuis les beaux tra-

vaux de Bretonneau, il désigne la laryngite diphthéritique. Ce grand médecin vit que ce que les anciens auteurs appelaient angine gangréneuse, maligne, etc., était une affection du pharynx caractérisée par la présence d'une pseudo-membrane. Il vit, de plus, que cette pseudo-membrane pouvait également s'étendre à la muqueuse laryngée, et il montra d'une façon évidente que l'angine couenneuse et le croup n'étaient, en définitive, que des manifestations d'une seule et même maladie, à laquelle il donna le nom de *diphthérie* (du grec : διφθέρα, membrane).

Ces conclusions, auxquelles l'observation des faits a conduit Bretonneau, et la plupart des médecins après lui, et que nous voyons se vérifier chaque jour dans nos salles, se trouvent déjà indiquées dans les auteurs anciens. Aretée, cela remonte loin, vous le voyez, disait que les malades atteints d'ulcères égyptiaques mouraient souvent par le larynx, et que quand l'organe de la voix était pris, la terminaison fatale pouvait ne pas se faire attendre plus d'un jour. L'Italien Ghisi, qui observa une épidémie de diphthérie à Crémone, fit les mêmes remarques.

Le mot *croup* nous vient de Home, médecin écossais, dont les travaux datent de 1765. Préoccupé de la symptomatologie toute spéciale de la diphthérie laryngée, il ne vit aucune parenté, aucun lien, entre le croup et l'angine couenneuse, qu'il avait pourtant observée, et fit du croup une affection spéciale. Mais, peu après, Samuel Bar, observant à New-York en 1771, reconnut que les fausses membranes occupaient tantôt le pharynx et le larynx simultanément, tantôt le pharynx seul, et il s'étonne que Home, dont les observations sont très-analogues aux siennes, n'ait pas saisi la relation étroite qui unit les deux ordres de faits.

Les Anglais, dont le caractère est éminemment conservateur, mais qui, parmi une foule d'excellentes choses, en retiennent aussi quelques-unes de moins bonnes, persistent à décrire à part la diphthérie et le croup. West, dans son livre (dont j'ai donné la traduction), maintient cette distinction. La diphthérie, dit-il, se complique d'albuminurie et d'une altération du sang, tandis que le croup en est exempt ; la diphthérie est suivie de paralysie, et non pas le croup ; celui-ci ne s'accompagne ni de gonflement des ganglions ni de coryza, qui sont, au contraire, chose constante ou presque constante dans la diphthérie, etc. Tous ces caractères différentiels, et d'autres encore, sont loin d'être réels, et fréquemment nous les voyons faire défaut. Utiles, si l'on veut, pour établir des formes diverses dans la maladie, ils nous paraissent, en France, insuffisants pour faire, avec une seule lésion anatomique, deux affections distinctes ; et, pour ma part, je ne doute pas que les médecins anglais n'arrivent un jour à se ranger à notre manière de voir.

En Allemagne, le sens des mots croup et diphthérie est changé, et ne s'applique plus à une même maladie. Pour les Allemands, une affection croupale est celle qui se caractérise par l'exsudation d'une pseudo-membrane fibrineuse à la surface des muqueuses. L'épithélium seul est intéressé. La diphthérie, au contraire, est non-seulement l'exsudation à la surface, mais l'infiltration des produits exsudés dans l'épaisseur même de la muqueuse et jusque dans ses couches profondes.

Aussi, dans les livres allemands, faut-il prendre le mot de laryngite croupale, ou croup fibrineux, comme synonyme de notre croup vrai, et le mot de laryngite diphthéritique comme synonyme de ces laryngites secondaires à la rougeole, à la scarlatine, etc., qui sont notre croup secondaire.

Je n'insisterai pas, Messieurs, sur les caractères histologiques et chimiques de la pseudo-membrane diphthéritique. Qu'il vous suffise de savoir sa coloration d'un blanc grisâtre et sa forme membraneuse, constituant des lambeaux plus ou moins étendus, et moulés, quelquefois, en forme de cylindres, sur la muqueuse respiratoire, ou sa disposition en une sorte de semis disséminé dans le larynx et la trachée.

D'après les autopsies qui sont faites presque journellement sous vos yeux, vous pouvez voir que la fausse membrane n'est pas limitée au larynx, mais s'est propagée à la trachée en même temps, dans plus de la moitié des cas ; et, dans un tiers, va jusque dans les premières divisions bronchiques. Tout cela est conforme aux observations statistiques consignées dans les livres.

M. Peter a trouvé que, dans 121 cas, la fausse membrane envahissait 54 fois les

petites divisions bronchiques; vous verrez de ces faits, mais moins fréquemment que ne l'indique le savant professeur, à moins que vous ne tombiez sur une épidémie à caractères particuliers, comme semble l'avoir été celle qu'observait M. Peter, et durant laquelle il suffisait de deux ou trois jours pour que l'arbre bronchique fût envahi jusqu'à ses dernières radicules.

En général, la fausse membrane ne se propage ni aussi loin ni aussi rapidement; il y a plus, c'est que les caractères inflammatoires sont surtout prononcés dans la trachée et les premières divisions bronchiques, puis vont en s'atténuant dans les radicules. Toutefois, la broncho-pneumonie est une complication fréquente.

Pour vous rappeler très-sommairement les lésions cadavériques que vous pourrez rencontrer, je dirai un mot de l'état du sang, du cœur, des reins et des muscles du larynx.

M. Millard a observé que le sang était noirâtre et diffluant, qu'il tachait les doigts, comme le ferait une dissolution de sépia; mais ce fait, qui est réel, se rencontre dans un certain nombre d'affections graves autres que la diphthérie.

Devez-vous donner à l'endocardite l'importance qu'on a voulu lui attribuer? Je ne le crois pas; les faits qu'on a donnés comme des exemples d'une altération de l'endocarde par inflammation ont été contestés, mais surtout, n'ont rien de spécial au croup; vous les trouverez dans la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc.

Quant aux coagulations sanguines, beaucoup d'entre elles, encore cruoriques, datent de la période agonique. Pour les caillots fibrineux plus anciens, et qu'on trouve imbriqués dans les colonnes charnues, je suis disposé à croire qu'ils sont bien plus le résultat que la cause des phénomènes asphyxiques.

Vous avez déjà constaté, et vous constaterez très-souvent, un véritable état congestif des reins, et même les altérations d'une véritable néphrite; altérations qui sont en rapport avec la fréquence de l'albuminurie.

Enfin, on a noté, et vous ne manquerez pas de rechercher l'infiltration œdémateuse et la dégénérescence graisseuse des muscles intrinsèques du larynx.

Le croup peut être précédé d'angine couenneuse, c'est le cas ordinaire, ou bien débuter d'emblée par le larynx, ou encore procéder de la trachée. Conditions qui modifient singulièrement les allures de la maladie à sa première période, et en rendent le diagnostic plus ou moins difficile.

Quel que soit son mode de début, la diphthérie laryngée s'annonce par deux symptômes importants : l'altération de la voix, altération particulière; et une toux à caractère assez spécial, sans être pathognomonique.

N'allez pas croire, même chez un enfant qui a de l'angine couenneuse, que la voix enrouée, jointe à une toux un peu rauque, vous permette d'affirmer qu'il existe une fausse membrane dans le larynx; un vrai croup, par conséquent. Il y a probabilité très-grande pour qu'il en soit ainsi, mais tout peut se borner, bien que rarement j'en conviens, à un peu de laryngite simple. — Pour diagnostiquer le croup, il faut un ensemble de symptômes. — Il n'y a pas, quoi qu'on en dise, de toux ni de voix *croupales* proprement dites; chacun de ces phénomènes pouvant se montrer sans que le croup existe. Lorsque celui-ci est réel, voici ce qui se passe : au début, la toux est sèche, sonore, rauque même, mais n'a aucun caractère nettement différent de celle qui est due à la laryngite striduleuse. Mais, bientôt cette toux perd sa tonalité, s'éteint, et finit par être tout à fait aphone, insonore, soufflée. Avec ces caractères, elle commence à être plus spéciale, mais non absolument caractéristique, bien qu'en ait dit Trousseau. Je l'ai entendue avec ces mêmes caractères dans certaines laryngites rubéoliques. — Vous verrez la voix commencer par être enrouée, éraillée, tout en conservant une certaine sonorité qu'elle va perdant progressivement jusqu'à être presque complétement éteinte. A ce degré, l'enfant souffle pour ainsi dire ses paroles. A ces deux symptômes fournis par la toux et la voix vient s'en joindre un autre non moins important, qui consiste dans la gêne de la respiration. C'est, en général, après un accès de toux dite croupale qu'on note le premier trouble respiratoire et le premier bruit laryngien. C'est aussi, le plus souvent, pendant la nuit que l'on fait cette triste découverte. — Donc, après avoir toussé

plus ou moins longtemps, le malade fait une inspiration ayant quelque analogie avec la reprise de la coqueluche, une inspiration sifflante qui se répète ensuite après la toux et après toute espèce d'excitation, puis devient permanente. Bientôt, en effet, il s'établit une différence permanente entre l'inspiration et l'expiration. Celle-ci, au moins le plus souvent, reste silencieuse et à peu près normale, tandis que l'inspiration est rauque et sifflante. Il y a des cas où la gêne respiratoire existe aux deux temps. Cet ensemble de symptômes caractérise le croup d'une manière à peu près complète, surtout s'il y a de l'angine couenneuse.

Quelle interprétation physiologique devons-nous donner à ces phénomènes? Faut-il voir là simplement le résultat de l'extension de la fausse membrane aux cordes vocales, ou bien faut-il invoquer un trouble fonctionnel des muscles du larynx, une sorte de paralysie analogue à celle qu'on observe, en général, dans les muscles revêtus d'une membrane qui vient frapper l'inflammation, comme par exemple la parésie des fibres musculaires de l'intestin dans la péritonite, ou du muscle cardiaque dans la péricardite dite paralytique? La première explication me paraît la meilleure, dans certains cas au moins, puisqu'on voit quelquefois un retour de toux rauque, de voix sonore, et de respiration libre après l'expulsion de quelques fausses membranes.

Le mode respiratoire caractérisé par la gêne permanente de l'inspiration s'explique généralement par l'adjonction d'un peu d'œdème des replis aryténo-épiglottiques.

Je dois insister sur un fait important : ce sont les accès dyspnéiques venant compliquer la gêne respiratoire constante. Ils paraissent résulter d'une contraction spasmodique de la glotte. Jurine nous en a laissé un tableau saisissant. La lutte qu'il décrit si bien et dans laquelle le petit malade haletant, assis sur son lit, les yeux brillants et saillants, s'accroche à tout ce qui peut lui servir d'appui pour mettre en jeu tous ses muscles inspirateurs. Cette lutte affreuse à voir pendant laquelle l'enfant semble implorer secours, peut durer quelques instants seulement, ou bien un temps plus long, allant jusqu'à une demi-heure. Alors l'enfant, épuisé, à bout de forces, couvert de sueurs, retombe sur son lit, et la dyspnée continue son cours.

La dyspnée du croup est remarquable, non par la fréquence extrême des mouvements respiratoires, tant s'en faut, mais par la difficulté de l'inspiration. On peut compter, à la minute, de 20 à 40 respirations, tandis que, dans d'autres affections des voies aériennes, la broncho-pneumonie notamment, ce chiffre s'élève à 50, 60 et même davantage.

Je vous ai fait, maintes fois, constater les signes physiques dont l'ensemble a été très-heureusement désigné par l'expression de *tirage*. Les phénomènes qui caractérisent le tirage résultent de la tendance au vide qui a lieu lors de chaque effort inspiratoire, et sont d'autant plus accusés que l'occlusion de la glotte est plus près d'être absolue. Alors l'air ne pénétrant point dans la poitrine par ses voies naturelles, on voit, au moment de l'effort inspiratoire, les côtes inférieures, encore souples chez l'enfant, se déprimer, l'épigastre s'enfoncer au lieu d'être soulevé en avant, le ventre remonter vers la poitrine et y être pour ainsi dire aspiré, pour combler le vide; le creux susternal s'exagérer notablement. Ces signes physiques, rapprochés des caractères particuliers de l'inspiration, de la toux, et de la voix, donnent une idée très-exacte de la dyspnée et de son caractère laryngien.

Cette phase dyspnéique ou asphyxique conduit d'une manière insensible, mais fatale, et quelquefois très-rapide, à un état que l'on a désigné avec justesse par le nom de période anesthésique. En effet l'enfant, dont les lèvres ont blanchi ou bleui, dont le visage s'est décoloré, tombe dans un état de prostration et n'a plus qu'une sensation très-obtuse de tout ce qui se passe. La sensibilité cutanée est très-émoussée ou éteinte. Les accès de suffocation, s'ils ont existé, disparaissent. Le temps de la lutte est passé et la mort apparaît absolument inévitable.

C'est ainsi que les choses se passent le plus souvent; mais puisque je fais une exposition sommaire des aspects de la maladie, il faut que je vous dise que, dans

un tiers des cas peut-être, les accès de suffocation n'existent pas, la lutte manque, l'asphyxie se fait d'une manière graduelle, régulièrement, croissant sans révolte de l'organisme. Ces faits, où le spasme de la glotte semble faire défaut, pourraient être rapportés à l'existence d'une paralysie d'emblée ou très-précoce des muscles constricteurs de la glotte.

Vous ne devez pas compter sur les caractères des matières expectorées, au début, pour établir votre diagnostic. Mais il vient un moment, où des fausses membranes peuvent être rejetées avec les crachats, et constituent un signe presque pathognomonique, signe surtout important quand il n'y a pas de diphthérie pharyngée. Pour éviter de confondre ces pseudo-membranes avec du mucus concrété, vous savez qu'il suffit de les mettre dans de l'eau afin que leur caractère membraneux apparaisse manifeste ; elles ne se dissolvent pas comme le fait au contraire et invariablement le mucus; dix fois je vous ai fait constater cette particularité.

Souvent la dyspnée croupale cesse ou diminue notablement après l'expulsion des fausses membranes; l'aphonie elle-même peut être remplacée par une voix plus ou moins sonore; mais cet amendement n'est presque jamais durable.

Pour ma part, malgré le nombre très-grand de croups que j'ai soignés, il ne m'est jamais arrivé de voir la guérison succéder à une première expulsion de fausses membranes. Dans les quelques cas où j'ai vu la guérison spontanée se produire de cette façon, ce n'a été qu'après plusieurs expuitions et reproductions successives de fausses membranes. Pour Trousseau, cette expuition suivie d'un amendement dans les symptômes était plutôt un fait fâcheux, parce que l'amélioration éloigne le moment auquel on aura recours à la trachéotomie, et que ce retard permet aux fausses membranes de s'étendre. Ce raisonnement pèche évidemment en ce qu'il suppose que la trachéotomie est un obstacle, un empêchement, à la propagation des fausses membranes, ce qui n'est certainement pas. Si les fausses membranes ne s'étendent pas après la trachéotomie, ce n'est pas que celle-ci exercice une influence quelconque sur le processus morbide, mais c'est que celui-ci, dans le cas donné, n'a que peu d'intensité ; et, d'un autre côté, si après l'expulsion de fausses membres, on constate qu'il s'est produit plus profondément, c'est que le mal a une grande puissance de production. A tout prendre, au contraire, l'expulsion de fausses membranes est d'un augure favorable, puisqu'on a vu la guérison en être la conséquence.

(A suivre dans un prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE

NOUVELLE MÉTHODE POUR LA DÉTERMINATION QUANTITATIVE DU SUCRE DANS LE SANG ;

Par M. le docteur PAVY, F. R. S.

A la séance de la Société royale d'Angleterre, du 14 juin, M. le docteur Pavy a communiqué ses recherches sur une nouvelle méthode pour la détermination exacte de la quantité de glucose dans le sang, et de son application à l'investigation des relations physiologiques qui doivent exister entre le sucre et le sang dans le système animal. Les résultats exacts qu'a obtenus M. Pavy par son nouveau procédé de dosage gravimétrique sont tellement importants, qu'ils auraient dû contribuer à augmenter et à consolider nos connaissances à l'égard du traitement et de la pathologie du diabète.

Cette communication, qui contenait la description détaillée du nouveau procédé, a été, pour ainsi dire, la préface d'une deuxième note que M. Pavy a lue à la séance suivante, où il a parlé : 1° de l'état naturel du sang; 2° de la condition comparative du sang veineux et artériel; et 3° du changement spontané qui se produit dans le sang après qu'il est séparé du corps.

Avant de faire la description de sa méthode gravimétrique, M. Pavy a passé en revue le nouveau procédé volumétrique de M. Cl. Bernard, dont ce savant a donné les détails dans un des derniers volumes des *Comptes rendus*. Cette méthode, a dit M. Pavy, non-seulement manque de précision comme procédé d'analyse quantitative, mais elle peut même donner des résultats fallacieux, parce que la matière organique retient le sous-oxyde de cuivre dans l'état soluble.

La méthode de M. Cl. Bernard est basée sur des erreurs, donc les résultats ne peuvent être

que trompeurs. La première erreur est dans l'assomption que le volume du réactif liquide correspond en centimètres cubes à quatre cinquièmes du poids en grammes du mélange de sang et de sulfate de soude. En pratique, on a trouvé que la vraie relation entre le volume du réactif liquide et le poids du mélange doit varier dans chaque cas individuel selon la quantité de matière solide qui se trouve dans chaque spécimen particulier, et la perte par l'évaporation pendant la séparation du coagulum.

L'autre erreur dans la méthode de M. Cl. Bernard s'ensuit de l'influence qu'exerce la matière organique en empêchant la précipitation du sous-oxyde. La grande quantité de potasse qu'on emploie dans ce procédé, c'est-à-dire 20 à 25 centimètres cubes d'une dissolution concentrée à chaque centimètre cube du réactif, agit sur quelques principes organiques contenus dans le liquide sanguineux, et empêche la précipitation du sous-oxyde de cuivre.

M. Pavy a continué sa note en faisant la description de son procédé gravimétrique, dans lequel il emploie une pile voltaïque pour effectuer la déposition du cuivre qu'a réduit le sucre dans une forme capable d'être pesé avec beaucoup d'exactitude. Un certain volume de sang, savoir 20 centim. cubes, est séparé du corps et mélangé avec 40 grammes de sulfate de soude. Le sang doit être pesé avec beaucoup de précision. On met le mélange dans un matras de la capacité de 200 centim. cubes et on ajoute à peu près 30 centim. cubes d'une dissolution de sulfate de soude préalablement chauffée. On chauffe ce mélange jusqu'à ce qu'un coagulum se forme. On filtre à travers un morceau de mousseline, et ensuite on lave bien le coagulum à la dissolution de sulfate de soude pour ne pas perdre une trace du sucre contenu dans le sang. Le liquide est trouble ; il faut donc le faire chauffer encore une fois, et puis le passer à travers un papier à filtrer pour le rendre parfaitement limpide. Ensuite on le fait bouillir, et on ajoute à peu près 10 centim. cubes de la dissolution de potassio-tartrate de cuivre ; c'est-à-dire, un excès du réactif. On continue l'ébullition pendant une minute seulement, ce qui est assez pour faire précipiter le sous-oxyde de cuivre par le sucre. Ensuite on filtre à travers l'abestos, ou ce qui est meilleur, le nouveau *glass wool*. On lave bien le sous-oxyde, et on le fait dissoudre dans quelques gouttes d'acide nitrique, une petite quantité de solution de peroxyde d'hydrogène ayant été préalablement ajoutée au sous-oxyde pour aider l'oxydation et la solution.

Le cuivre contenu dans le liquide est déposé sur un cylindre de platine par une pile voltaïque. Le pôle positif est une spirale de fil de platine, autour duquel se trouve le pôle négatif en forme de cylindre creux. L'action de la pile est continuée jusqu'à ce que les réactifs ordinaires démontrent que tout le cuivre est déposé, opération qui dure ordinairement pendant 24 heures. On détache le cylindre de platine, et on le lave dans l'eau distillée et dans l'alcool. On le fait sécher dans un bain-marie, et ensuite on le pèse. La différence dans le poids du cylindre avant et après l'opération donne la quantité de sucre contenu dans le sang. L'électromoteur préféré par M. Pavy est la pile à mercure et à bichromate de Fuller, qui a été choisie pour sa constance.

Ayant déterminé la quantité de cuivre dans le sang, il est bien facile de calculer le sucre qui a opéré sa réduction. Cinq atomes d'oxyde cuprique du réactif sont réduits par un seul atome de glucose, d'où il s'ensuit que 317 parties de cuivre représentent l'équivalent d'une partie du glucose, ou dans la proportion de 1 de cuivre à 0,5678 de glucose. Pour trouver la quantité de glucose, on n'a qu'à multiplier le poids du cuivre par 0,5678. Cette méthode d'employer la dissolution de cuivre donne des résultats qui, au lieu d'être volumétriques, sont gravimétriques, procédé dans lequel l'incertitude ne peut pas entrer. Le jugement n'y est pour rien; il n'y a rien à décider, donc il n'y a pas moyen de se tromper comme quand l'exactitude du procédé dépend de la disparition plus ou moins parfaite d'un teint délicat, comme dans la méthode volumétrique.

L'exactitude et la certitude de cette méthode sont fortement appuyées par l'uniformité des résultats d'un grand nombre d'expériences. En comparant les résultats qu'a donnés le procédé gravimétrique avec ceux qui ont été obtenus par le procédé de M. Cl. Bernard, ces derniers montrent des différences énormes. Les chiffres que donne M. Cl. Bernard sont toujours trop grands et il n'y a pas de relation intelligible apparente entre ces différences, ce qui démontre que nous avons tort de prendre seulement la décoloration du liquide, sans compter la précipitation du sous-oxyde de cuivre, comme indication du dosage du sucre dans le sang. M. Pavy a appuyé cette assertion par des conclusions qu'il a tirées d'un grand nombre d'expériences.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des eaux de Saint-Christau et d'Aulus pour la saison de 1875. (Com. des eaux minérales.)

2° Les documents relatifs à une épidémie d'angine couenneuse qui vient de sévir dans la commune des Loges-en-Josas (Seine-et-Oise).

3° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné, en 1876, dans les départements de l'Ariége, des Hautes-Alpes, de l'Ardèche, des Côtes-du-Nord, du Cher, de la Dordogne, de la Haute-Garonne, du Gard, du Lot, de Lot-et-Garonne, du Nord, du Pas-de-Calais, des Pyrénées-Orientales, de Belfort, de Seine-et-Marne, du Tarn, de Tarn-et-Garonne, de la Vienne, de la Haute-Vienne, de l'Yonne, du Jura, des Bouches-du-Rhône et d'Eure-et-Loir. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Saucerotte (de Lunéville) accompagnant l'envoi, pour le prochain concours du prix de l'Académie, de deux mémoires de thérapeutique sur l'emploi de la digitale dans le traitement de la pneumonie.

2° Une observation de mydriase rebelle à toute autre médication, traitée avec succès par la paracentèse de la chambre antérieure, par M. le docteur Fano. (Com. M. Giraud-Teulon.)

3° La relation d'une épidémie de rougeole observée à Compiègne au commencement de l'année 1877, par M. le docteur Longet, médecin-major.

4° Un mémoire intitulé : *Étude sur l'étiologie des maladies des voies lacrymales,* par le docteur Badal ; présenté par M. Giraud-Teulon.

—

Sur la proposition de M. le Président, et en réponse à une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie délègue deux de ses membres, MM. Hardy et Verneuil, pour la représenter au Congrès médical international qui doit s'ouvrir à Genève au mois de septembre prochain.

—

M. Devilliers présente, au nom de M. le docteur Gibert (de Marseille), une note relative au mouvement de la mortalité dans la ville de Marseille pendant l'année 1876.

M. Tardieu offre en hommage l'article Morve et Farcin, qu'il a fait en collaboration avec M. le docteur Martineau ; extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

M. Gavarret offre en hommage un nouveau volume de physique physiologique qu'il vient de publier ; ce volume est relatif aux phénomènes de la phonation et de l'audition.

M. Dechambre présente, au nom de M. le docteur Lereboullet, deux brochures, l'une relative à la pathologie médicale des nerfs ; l'autre sur une observation de fièvre typhoïde compliquée de méningite cérébro-spinale.

M. Gubler présente : 1° au nom de M. le docteur Descieux, une brochure sur les eaux de Salins ; 2° en son propre nom, une brochure intitulée : *Du péritonisme et de son traitement rationnel.*

M. J. Rochard présente, au nom de M. le docteur Fonssagrives, professeur à la Faculté de Montpellier, un exemplaire de la deuxième édition de son *Traité d'hygiène navale.*

—

M. Ricord demande la parole pour un fait personnel. Le savant académicien dit qu'il regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance, pour donner quelques explications au sujet du malade traité d'une attaque de goutte au moyen du salicylate de soude, et dont il a été deux fois question à la suite de la communication de M. Sée. M. Ricord déclare qu'il n'a voulu nullement mettre en doute la bonne foi de M. Sée. Il s'était borné à faire une réserve au sujet de ce malade, qu'il avait eu l'occasion de voir plusieurs fois en consultation.

M. Ricord affirme de nouveau, de la manière la plus expresse, que la dernière fois qu'il a eu l'occasion de voir le malade, celui-ci se levait de son lit, marchait dans sa chambre, était même sorti plusieurs fois en voiture, en un mot, était entré en pleine convalescence. Mainte-

nant, M. Ricord ne nie pas que le malade n'ait eu plus tard une recrudescence, une rechute ou une nouvelle attaque, comme on voudra l'appeler, de son affection goutteuse, et qu'il n'ait été soulagé, amendé ou guéri par le médicament dont M. Sée a fait connaître à l'Académie la merveilleuse efficacité. Donc, loin de nier les résultats communiqués par M. Sée, M. Ricord les accepte avec le plus grand plaisir et y applaudit de tout cœur.

—

M. Le Roy de Méricourt demande à faire une courte observation relativement au travail présenté dans la dernière séance par M. Jaccoud, au nom de M. le docteur Tomaselli (de Naples), sous ce titre : *L'intoxication quinique et la fièvre palustre.* Ce travail, suivant M. Le Roy de Méricourt, n'est que la reproduction trait pour trait de la description de la *fièvre rémittente avec ictère hémorrhagique et accidents hématuriques*, ou *fièvre jaune des acclimatés*, maladie qui a été l'objet de nombreux travaux de la part d'un grand nombre de médecins de nos stations navales dans les pays chauds. Le travail de M. Tomaselli démontre que cet auteur a vu en Sicile ce que beaucoup d'autres observateurs avaient vu avant lui dans d'autres pays. Seulement, il est impossible d'accepter l'interprétation qu'il donne des faits relatés dans sa brochure, et d'après laquelle il faudrait considérer le plus héroïque des médicaments comme un véritable poison et comme l'auteur des accidents graves dont il passait jusqu'à présent pour être le remède souverain.

—

L'ordre du jour appelle une communication de M. Pasteur sur un travail qu'il a fait en collaboration avec M. Joubert, et qui est relatif au charbon et à la septicémie.

M. Pasteur retrace l'historique de la découverte des bactéridies dans le charbon, découverte dont il faut rapporter tout l'honneur à un savant français, M. Davaine, membre de cette Académie, bien que la plupart des ouvrages publiés en France en attribuent la priorité à des auteurs allemands. Ce qui a manqué à M. Davaine pour convaincre ses adversaires, c'est d'avoir pu isoler complétement les bactéridies de tous les autres éléments qui peuvent se rencontrer avec elles dans le sang virulent. M. Pasteur y est parvenu par une série d'ensemencements des bactéridies du charbon dans des liquides propres à les nourrir, tels que l'urine pure et à peu près neutre. Dans ces ensemencements, toutes les précautions étaient prises pour empêcher l'introduction fortuite de germes venus du dehors. Dans ce but, M. Pasteur a fait usage d'un appareil ingénieux qui lui permet de placer en contact pendant un instant le liquide déjà chargé de bactéridies et celui dans lequel on doit ensemencer ces bactéridies. Quand on a répété cette même opération un très-grand nombre de fois, il arrive que les bactéridies seules représentent un élément emprunté au sang charbonneux.

En effet, que resterait-il en dehors d'elles? Rien qui ne se fût multiplié comme elles-mêmes; car, après tant de dilutions successives, le peu de particules entraînées primitivement auraient disparu. Or, que pourrait-on supposer qui se multipliât et qui pût constituer le virus charbonneux? Des corpuscules comme ceux que M. Chauveau a décrits dans le vaccin? Mais, dans ce cas, on verrait une teinte opaline se former dans le liquide par suite de la multiplication des corpuscules. Or, le liquide garde sa transparence absolue. Serait-ce donc alors une substance virulente soluble, une sorte de diastase? Mais quand on filtre les liquides chargés de bactéridies charbonneuses, on constate que le liquide filtré est absolument inoffensif, tandis que les bactéridies qui restent sur le filtre tuent rapidement les animaux auxquels on les inocule.

Quel que soit le nombre des transports des bactéridies d'un liquide à un autre, elles n'en donnent pas moins le charbon. On peut donc appeler aujourd'hui le charbon : la *maladie de la bactéridie*, comme la trichinose est la *maladie de la trichine*, comme la gale est la *maladie de l'acarus* qui lui est propre.

M. Paul Bert, dans des expériences récentes, avait cru prouver que la bactéridie n'est pas l'élément actif du charbon. Il avait vu le sang charbonneux rester virulent, alors même que l'action de l'oxygène comprimé ou celle de l'alcool y avait détruit les bactéridies. Mais il y avait dans ces expériences une cause d'erreur facile à démontrer. M. Paul Bert ignorait que la bactéridie peut se présenter sous deux formes : celle des bâtonnets que l'alcool, l'oxygène comprimé, la dessiccation et une température inférieure à 100° peuvent détruire, et celle de corpuscules brillants qui, au contraire, résistent à une température de 120°, à l'alcool, à l'oxygène comprimé, etc.

M. Pasteur avait déjà décrit cette autre forme ou, pour mieux dire, ce mode de génération des vibrioniens. Les bactéridies peuvent, il est vrai, se multiplier également par segmentation ; mais souvent on voit se produire sur un des points de leur longueur, ou sur plusieurs points, des corpuscules très-réfringents, globulaires, dont le diamètre égale à peu près

l'épaisseur de la bactéridie, et dont l'apparition est suivie d'une prompte résorption du reste du bâtonnet.

Si l'on sème ces corpuscules dans un liquide approprié, ils y reproduisent les bactéridies, de même que les bactéridies les reproduisent à leur tour. C'est à leur présence que l'élément bactéridien a dû sa résistance dans les expériences de M. Paul Bert, et cet habile expérimentateur, dans une communication faite le 23 juin dernier à la Société de biologie, a reconnu lui-même l'erreur dans laquelle il était tombé.

Pour vivre et se multiplier, la bactéridie a besoin d'absorber de l'oxygène et d'exhaler de l'acide carbonique. Elle est *aérobie.* De cette propriété, de cette nécessité d'une sorte de respiration, découlent certaines conséquences qu'il est important de connaître.

Quand cette bactéridie se trouve, dans un milieu limité, en présence d'autres êtres *aérobies* avides d'air comme elle-même, de cette concurrence résulte une *lutte pour l'existence* dans laquelle elle peut n'être pas la plus forte. C'est ce qui explique pourquoi les oiseaux, par exemple, ne prennent jamais le charbon, alors qu'on injecte dans leurs veines du sang chargé de bactéridies charbonneuses. Les globules rouges de leur sang s'emparent de tout l'oxygène et bientôt les bactéridies disparaissent comme étouffées; tandis qu'elles se multiplient, au contraire, dans le sang d'un oiseau mort, tout aussi vite que dans le sang d'un autre animal. Un fait analogue peut se produire également quand les bactéridies charbonneuses sont en présence d'autres vibrioniens, de ces bactéridies communes dont les germes sont en si grand nombre dans les eaux courantes, ou des bactéries de la putréfaction.

Dans tous ces cas il peut se faire que les bactéries charbonneuses soient étouffées et que le liquide cesse d'être virulent à ce point de vue. Il peut encore l'être cependant en qualité de liquide putréfié et septicémique, ce qui explique les résultats obtenus par MM. Jaillard, Leplat et Signol, qui ont tué des animaux en leur inocutant soit du sang privé de bactéridies, soit du sang contenant des bactéridies autres que celles du charbon.

M. Pasteur formule à ce sujet les propositions suivantes :

1° Le sang d'un animal en pleine santé ne renferme jamais d'organismes microscopiques, ni leurs germes. Il est imputrescible au contact de l'air pur, parce que la putréfaction est toujours due à des organismes microscopiques du genre vibrionien et que, la génération spontanée étant hors de cause, les vibrioniens ne peuvent apparaître d'eux-mêmes.

2° Le sang d'un animal charbonneux ne renferme pas d'autres organismes que la bactéridie. Mais la bactéridie est un organite exclusivement *aérobie.* A ce titre, elle ne prend aucune part à la putréfaction. Donc, le sang charbonneux est imputrescible par lui-même. Dans le cadavre, les choses se passent autrement. Le sang charbonneux entre promptement en putréfaction, parce que tout cadavre humain donne asile à des vibrions venant de l'extérieur, c'est-à-dire, dans l'espèce, du canal intestinal, toujours rempli de vibrioniens de toutes sortes. Ceux-ci, dès que la vie normale des tissus ne les gêne plus, amène une prompte désorganisation.

3° La bactéridie disparaît au sein des liquides en présence du gaz carbonique. Pour le sang charbonneux *pur,* c'est-à-dire ne contenant que la bactéridie sans corpuscules-germes, cette disparition est absolue avec le temps. Du sang charbonneux exposé au contact de l'acide carbonique peut perdre toute propriété charbonneuse par le simple repos. C'est une erreur de croire que la putréfaction, en tant que putréfaction, détruit la virulence charbonneuse.

4° Le développement de la bactéridie ne peut avoir lieu, ou n'a lieu que d'une manière très-pénible quand elle est en présence d'autres organismes microscopiques.

Ceci posé, on comprend comment, un certain temps après la mort d'un animal atteint de charbon, son sang peut ne plus contenir du tout de bactéridies, tandis que les vibrions de putréfaction, qui ne sont pas *aérobies,* qui n'ont pas besoin d'oxygène, se sont extrêmement multipliés. Si l'on inocule alors ce sang à un animal, celui-ci meurt de putridité, de septicémie, et non de charbon.

Ceci n'est point une vue de l'esprit. M. Pasteur étant allé à l'établissement d'équarrissage de Bourg, a constaté que le sang d'un mouton mort de charbon depuis seize heures ne contenait encore que des bactéridies charbonneuses, tandis que celui d'un cheval mort depuis vingt heures contenait en outre des vibrions de putréfaction ; enfin, celui d'une vache morte depuis quarante-huit heures contenait une quantité prépondérante de ces vibrions.

En inoculant le sang de ces divers animaux à des cochons d'Inde, on produisit des désordres épouvantables. Tous les muscles de l'abdomen et des quatre pattes furent le siége de la plus vive inflammation ; çà et là, particulièrement aux oreilles, il s'était produit des poches de gaz; les poumons et le foie étaient décolorés, le sang était diffluent,

En examinant ces animaux à l'instant même de leur mort, on trouva que les muscles étaient remplis de vibrions de la putréfaction mobiles. Mais c'est surtout dans la sérosité de l'abdomen que ces vibrions avaient pris un développement extraordinaire. Une goutte de cette sérosité

prise sur un animal encore vivant, et inoculée à un autre, se montra d'une virulence extraordinaire, tandis que le sang extrait du cœur ne l'était point encore.

Il s'agissait donc bien là de mort par putridité et non par contagion charbonneuse. Au contact de l'oxygène, les vibrions de la putréfaction perdent leurs mouvements, disparaissent et se transforment en corpuscules brillants; mais ces corpuscules, semés dans un lieu convenable, y reproduisent des vibrions mobiles. Il en est donc de la septicémie, à ce point de vue, comme du charbon. Quant au point de départ de ce vibrion de la septicémie, il est certainement dans l'intestin, car la putréfaction envahit l'animal par les parties profondes. M. Signol l'avait affirmé et M. Pasteur l'a constaté avec M. Bouley.

Du reste, la septicémie ou putréfaction sur le vivant, n'est pas une maladie unique. Non, autant de germes de vibrions, autant de septicémies diverses, légères ou terribles. M. Pasteur doit le montrer dans une communication ultérieure. Il termine celle-ci par quelques réflexions sur les fièvres putrides et les hypothèses qu'on pourrait émettre au sujet de la fièvre typhoïde d'après les faits qu'il vient d'exposer.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Enseignement de l'anatomie pathologique et des autopsies à l'École de médecine de Lille.

Nous empruntons au *Journal des connaissances médicales* (numéro du 30 juin 1877) l'article suivant, qui, nous le croyons, intéressera nos lecteurs. Il est dû à la plume compétente de son rédacteur en chef, M. V. Cornil.

Nous avons parlé plusieurs fois à cette place de l'enseignement de l'anatomie pathologique et des autopsies, et montré combien nous étions, sous ce rapport, en retard sur les institutions de l'Allemagne, de l'Italie, de la Suisse et de tous les pays du Nord.

Nous faisons toutefois une exception en ce qui touche l'enseignement donné à l'Université de l'État récemment établie à Lille, et nous demandons à nos lecteurs la permission de les initier au fonctionnement de ce service confié à M. le docteur Coyne, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille.

M. Coyne, en acceptant l'offre qui lui était faite de la chaire d'anatomie pathologique de Lille, avait demandé le droit de faire les autopsies des services de cliniques, ce qui lui avait été accordé. Il comprenait très-bien qu'un cours purement théorique ne peut ni instruire complétement, ni intéresser; il savait que la démonstration et l'enseignement technique des autopsies constituent une partie essentielle de sa mission. Il était, en outre, convaincu qu'un professeur ne doit pas se borner à faire seulement, pendant la moitié de l'année scolaire, ses trois heures de leçons réglementaires par semaine; mais que, en dehors de ces leçons et pendant toute l'année, il se doit à lui-même et aux élèves de continuer, à l'amphithéâtre d'autopsie de l'hôpital et au laboratoire, la démonstration pratique des matières de sa spécialité.

Pour remplir ce programme, M. Coyne, qui n'a pas de service de malades, vient à l'amphithéâtre d'autopsie de l'hôpital le matin; il fait lui-même devant les élèves et il dicte les autopsies, dont le procès-verbal est inscrit sur un registre spécial. Les résultats d'examens ultérieurs relatifs aux pièces de chaque autopsie sont aussi insérés en regard de l'autopsie, et le tout est à la disposition du professeur de clinique, qui, en échange, remet une note concernant l'observation du malade.

Après l'autopsie, qui est accompagnée des commentaires les plus pratiques et les plus utiles pour les élèves qui y assistent, on met de côté les pièces qui nécessitent un examen histologique plus approfondi. Cette séance du matin dure plus ou moins, suivant le nombre des autopsies.

Vers une heure de l'après-midi, le professeur revient au laboratoire, où il retrouve les pièces réservées par lui le matin; il donne, à leur sujet, des explications aux élèves qui suivent les exercices pratiques du laboratoire. Il est rare qu'une ou plusieurs préparations histologiques conservées ne servent pas alors à compléter ces explications. Les pièces d'autopsie sont distribuées aux élèves qui font des préparations sous la direction du professeur. Vers quatre heures, avant le départ des élèves, le professeur passe auprès de chacun des élèves, examine leurs préparations, et il dispose deux ou trois d'entre elles sous des microscopes sur une table spéciale placée près du tableau; il les explique, il en dessine des croquis au tableau, et il les fait examiner aux assistants.

Cet enseignement a lieu tous les jours de l'année. Pendant le semestre d'hiver, dans ses leçons didactiques, faites dans un amphithéâtre de la Faculté, le professeur s'efforce de rendre

son cours le plus fructueux qu'il est possible, en apportant et en montrant, à la fin de sa leçon, des pièces anatomiques fraîches, et en les expliquant.

Voilà, nous n'hésitons aucunement à l'affirmer, la meilleure et nous pourrions dire la seule manière d'enseigner l'anatomie pathologique. — V. CORNIL.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA MÉTRORRHAGIE PUERPÉRALE. — DONOVAN.

Dans le cas d'hémorrhagie utérine survenant après le travail de l'accouchement, le docteur Donovan emploie avec succès la teinture de cannabis indica, à la dose de 1 gr. 20 centigr. L'action de ce médicament est rapide et sûre, même quand l'ergot de seigle a échoué. — La teinture de chanvre indien est également efficace contre les métrorrhagies en général, et surtout contre les flux menstruels trop abondants. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 19 JUILLET 1666.

Lettre inédite de Guy Patin à son illustre correspondant, J.-G. Volcamer, de Nuremberg. Nous traduisons du latin :

« J'ai reçu votre lettre, mon illustre ami, des mains de deux jeunes Hambourgeois, lesquels me seront toujours recommandés. J'apprends avec grande peine que le savant Michel Dilher souffre des yeux; c'est une maladie familière aux hommes studieux, et à la guérison de laquelle s'opposent les veilles et le vin. Rappelez-vous ce vers de Martial :

Vinum Phryx, oculus bibit venenum.

Que Dieu veuille qu'il soit bientôt guéri. Je le salue, ainsi que les autres amis Richter, Fabricius, Felwinger, etc. Toutes les années sont climatériques aux hommes bons et chrétiens. Cette idée frivole des années climatériques nous vient des sottises de Platon, qui ne suivit que les rêveries de Pythagore; chez nous, le grand remède contre l'ophthalmie, c'est la section des veines basiliques, avec des fomentations d'eau tiède de Seine. Nous purgeons aussi légèrement avec la casse et le séné; mais il ne faut pas se hâter, car, dans le commencement, la purgation est dangereuse. Après tout, il vaut beaucoup mieux ouvrir la veine; la saignée n'est pas moins requise dans cette maladie que dans la fièvre continue, dans l'angine, ou dans d'autres inflammations internes. . . . » — A. CH.

COURRIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours pour le prosectorat, ouvert à la Faculté de médecine, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs J. Peyrot et Paul Reclus.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Concours pour quatre emplois de professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.* — Un concours s'ouvrira le 20 décembre prochain, à l'École du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

Clinique chirurgicale ;
Clinique médicale ;
Hygiène et médecine légale militaire ;
Maladies et épidémies des armées.

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit :

Concours en chirurgie.

1° Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée principalement des lésions observées aux armées ;

2° Préparation d'une région anatomique. Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe, et de médecine opératoire qu'elle comporte ;

3° Examen clinique de deux malades atteints l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. Un de ces deux malades sera choisi parmi ceux atteints d'une maladie des yeux, des oreilles ou du larynx ;

4° Pratique de deux opérations chirurgicales avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements, applications de bandages et appareils.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

Concours en médecine.

1° Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire.

2° Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaire.

3° Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints l'un d'une maladie aiguë, l'autre d'affection chronique. Leçon sur les deux cas observés.

4° Autopsie cadavérique, avec démonstration des lésions qu'elle révèle et de médecine légale s'il y a lieu.

Les deux premières épreuves seront éliminatoires.

En exécution du décret du 13 novembre 1852 (article 6) pourront être admis à prendre part au concours en chirurgie ou en médecine, les médecins aides-majors de 1re classe et les médecins-majors des deux classes.

Les officiers de santé en possession de l'un de ces trois grades et qui désirent concourir, seront tenus d'adresser au ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs.

Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présente le candidat, sera transmise au ministre, *par la voie hiérarchique*, avant le 15 novembre prochain, terme de rigueur.

Conseil municipal de Paris. (*Séance du 14 juillet* 1877). — Est accueillie favorablement l'ouverture de crédits à l'administration de l'Assistance publique; le premier, de 9,049 fr. à affecter à des travaux d'amélioration à l'hospice des Incurables; le second, de 12,000 fr., pour l'allocation de subventions aux bibliothèques médicales des hôpitaux de Beaujon, Saint-Louis, Saint-Antoine, et à celles des hospices de la Salpêtrière, de Bicêtre et d'Ivry.

Est en outre formulé un vœu tendant à obtenir de l'administration de l'Assistance publique l'appropriation de locaux convenables pour l'installation des bibliothèques médicales des hôpitaux et hospices, et étudier l'organisation de bibliothèques pour les malades.

Avis favorable est formulé pour l'acceptation d'une donation de 550 fr. de rente et 1,350 fr. de capital faite par M. de Talleyrand-Périgord, pour la fondation et l'entretien à perpétuité d'un lit à l'hospice des Incurables.

Service sanitaire. — On mande de Marseille au *Messager du Midi* : « L'administration de la Santé du port de Marseille prend de grandes précautions à l'arrivé de tous les navires venant de pays où règnent des maladies épidémiques. »

Prix a décerner en 1878. — La Société protectrice de l'Enfance de Lyon met au concours la question suivante : « Des vers intestinaux comme cause de maladies chez les enfants. »

Établir les cas où cette cause existe et où elle exerce une influence réelle sur la santé de l'enfant.

Insister sur le préjugé qui consiste à attribuer à cette cause la plupart des troubles et des accidents que l'on observe dans le premier et dans le deuxième âge.

Chercher à détruire ce préjugé en se fondant sur des preuves accessibles à toutes les classes de la société.

La Société protectrice de l'Enfance de Lyon décernera une médaille d'or, dans la séance publique de janvier ou février 1878, au meilleur mémoire inédit qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre 1877, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, place des Célestins, 7.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté, et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même le mémoire couronné, à ses frais.

Deuxième question mise au concours pour un prix à décerner en 1879 : « De l'influenc qu'ont exercée et que pourront exercer les Sociétés protectrices de l'Enfance sur la mortalité des enfants, sur la législation et sur la famille. »

En raison de l'importance de cette question, un prix exceptionnel de 500 francs sera décerné par la Société, dans la séance publique de janvier ou février 1879, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Le délai pour l'envoi des mémoires à M. le Secrétaire général est prorogé jusqu'au 1er décembre 1878 exclusivement.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CHIRURGIE

NOTE SUR UN CAS DE SURDITÉ ANCIENNE REBELLE A TOUS LES TRAITEMENTS ORDINAIRES, GUÉRIE RADICALEMENT PAR LA TRÉPANATION DE LA MEMBRANE DU TYMPAN PRATIQUÉE PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ ;

Lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 2 juillet 1877,

Par M. BONNAFONT.

Il y a bientôt un an, j'eus l'honneur de présenter à l'Académie de médecine un malade auquel je venais de pratiquer avec succès la trépanation de la membrane du tympan, pour une surdité ancienne qui avait résisté à tous les traitements spéciaux les mieux dirigés. Très-intelligent, jeune, ayant lu tous les traités sur la matière, connaissant mon opinion sur cette opération, ainsi que les cas qui la réclament plus spécialement, le malade la sollicita avec instance, d'autant qu'elle lui avait été proposée par un autre confrère. J'employai, pour cette opération, que je décrirai tout à l'heure, un nouveau trocart dont la canule était fixée au tympan depuis quatre jours, lors de la présentation du malade à l'Académie, sans provoquer la moindre douleur. L'audition se faisant bien, il était permis de croire à un succès complet et durable. Le malade quitta Paris, enchanté de ce résultat. Malheureusement, au bout d'une quinzaine de jours, éprouvant le besoin de toucher à son oreille, et oubliant la présence de la canule, M. C... saisit involontairement le fil de sûreté qui y était fixé et l'arracha.

L'audition persista tant que l'ouverture du tympan demeura perméable aux sons; mais disparut aussitôt que la plaie fut complétement cicatrisée, quinze jours environ après la chute de la canule.

C'était donc un nouvel insuccès à ajouter à ceux que j'avais déjà constatés. Mais celui-ci me permit du moins de tirer de cette observation deux enseignements importants ; le premier, d'avoir pu rendre le tympan, si sensible au moindre attouchement, tout à fait insensible par les insufflations de vapeurs éthérées, au moyen de l'appareil Richardson ; le deuxième, qu'une canule assez volumineuse avait pu rester fixée au tympan, pendant quinze jours et plus, sans provoquer aucun accident, et le malade, à la tête d'une grande manufacture, ayant pu durant tout ce temps vaquer à ses occupations.

FEUILLETON

CAUSERIES

En voici bien d'une autre ! Avez-vous lu le compte rendu de la première séance de la session actuelle du Conseil supérieur de l'instruction publique ? Autant de journaux, autant de versions différentes. *Tot capita, tot sensus.* Et comment se fait-il qu'on ne trouve nulle part un compte rendu authentique et officiel de cette séance ? Il s'y serait passé des choses très-intéressantes pour nous, si les journaux ont bien entendu et ont dit vrai.

Ainsi, d'après tel journal, le Conseil aurait été saisi d'un projet de réglementation nouvelle des examens dans les Facultés et Écoles de médecine. D'après tel autre, ce serait bien plus grave ; il ne s'agirait de rien moins que d'une nouvelle organisation de l'enseignement médical. Celui-ci annonce que le Conseil est consulté sur la création d'une Faculté de médecine à Angers. Celui-là assure que c'est sur la création d'une Faculté de médecine à Rouen que l'avis du Conseil est demandé. Il en est un autre qui, voulant sans doute satisfaire à la fois et Rouen et Angers, déclare que le Conseil supérieur aura à se prononcer sur la création d'une Faculté de médecine dans chacune de ces deux villes.

Qu'y a-t-il de vrai dans tout ce reportage ? Que deviendraient, dans ces combinaisons nouvelles, les projets anciens, quoique si récents, de la création de centres universitaires ? La grande et célèbre querelle entre Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Lyon et Marseille n'aurait-elle été qu'une vaine passe d'armes ?

Les renseignements donnés par les journaux sont si incertains, quelques-uns sont même

Aussi, encouragé par ces deux circonstances, je pratiquai la même opération à une jeune fille de 20 ans, dont la surdité ancienne présentait le même caractère; c'est-à-dire : montre entendue, appliquée seulement sur l'oreille, et très-bien sur les parois du crâne.

Le tympan anesthésié, la perforation à peine sentie, la montre fut entendue, aussitôt après, à plusieurs centimètres de distance. Le lendemain, la malade retourna au département du Nord; vingt jours après, j'appris qu'elle continuait à entendre, mais souffrait un peu de l'oreille. Je répondis qu'il ne fallait pas toucher à la canule, faire des injections émollientes d'eau de guimauve et de pavot. Les douleurs et le gonflement ayant augmenté, on m'envoya la jeune malade. A l'examen, je constatai un gonflement considérable du conduit auditif donnant issue à du pus de bonne nature, peu abondant. Douleurs vives, pour peu qu'on touche au pavillon de l'oreille. On apercevait, au milieu du gonflement, l'extrémité de la canule qui, au moindre attouchement, provoquait de vives douleurs. Il n'y avait d'ailleurs ni mal de tête, ni fièvre, ni aucun symptôme sérieux. Tous les accidents étaient bien limités à l'oreille moyenne, et surtout externe. Audition nulle; mais, circonstance encourageante, le tic-tac de la montre continuait à être bien entendu sur le crâne.

Me trouvant, pour la première fois, en face d'accidents provoqués par une opération qui n'a pas encore reçu la consécration de la science, moins encore des praciens, je désirai prendre l'avis d'un confrère pour m'aider à résoudre ce problème, à savoir : si cet état pathologique local pouvait encore s'aggraver et exiger l'ablation de la canule; ou bien si, parvenu à son summum d'intensité, on pouvait, sans inconvénient, la laisser à demeure et attendre les événements.

Je conduisis la malade chez M. Richet. Après un examen approfondi, voici ce que me répondit le savant et sympathique professeur :

« Les accidents résultant de l'opération étant parvenus à la plus haute période d'acuité, tout fait espérer une décroissance normale et régulière. Si on enlève la canule, la plaie du tympan va très-certainement se cicatriser, et le bénéfice qu'il est permis d'espérer de l'opération sera perdu. La présence de la canule ne pouvant plus avoir de conséquences sérieuses, je vous engage à la laisser et à attendre, tout en combattant les accidents par les moyens ordinaires. » C'était bien mon avis; mais il me fallait l'appui d'un praticien émérite pour m'y décider, et je remercie cordialement mon savant confrère et ami M. Richet de m'avoir honoré du sien. Il lui revient ainsi une bonne part dans le succès obtenu.

---

si invraisemblables, qu'on perdrait inévitablement son temps à les commenter et surtout à les discuter. Sans doute que quelque publication officielle viendra bientôt nous éclairer. Attendons-la avant de rien entreprendre. Parlons donc d'autre chose, si autre chose il y a.

De quel admirable talent d'exposition et de démonstration est doué M. Pasteur! Durant près de deux heures il nous a tenus, mardi dernier, sous le charme de sa parole lucide, nous devrions dire sous le murmure harmonieux de son discours clair et limpide comme l'eau d'une source de ses chères montagnes du Jura. Voilà certainement la véritable éloquence scientifique, celle que l'on peut revendiquer avec orgueil pour la France, dont de tout temps la France a fourni de magnifiques exemples, soit dans l'enseignement, soit dans les Académies : Cuvier, Gay-Lussac, Pouillet, Orfila, Richard, dont je ne serais pas embarrassé de citer des héritiers vivants, si je ne voulais encourir le reproche de flatterie. Je constate seulement, et cela avec un véritable orgueil patriotique, que M. Pasteur n'est pas le seul aujourd'hui qui sache manier la langue scientifique avec cette éloquence suprême de la clarté, et que dans toutes les branches de l'enseignement et dans toutes les sections des Académies, on trouve des *expositeurs* — pardon du néologisme — et des démonstrateurs qu'on ne trouve ni dans la verbeuse et diffuse Angleterre, ni dans la nébuleuse et prétentieuse Allemagne. C'est français, c'est français, reconnaissez-le donc au delà de la Manche comme au delà du Rhin!

J'ai reçu la lettre suivante, à laquelle j'ai eu le regret de ne pouvoir répondre plus tôt :

« Très-honoré confrère,

« Permettez-moi d'avoir recours à votre obligeance et de vous demander votre avis dans le cas suivant :

Après cette consultation, la malade repartit pour le Nord. La résolution de cet état phlegmoneux s'opéra lentement et régulièrement, sans aucune complication. Un mois après, la canule tomba spontanément, et l'ouïe reparut aussitôt. Il y a cinq mois environ, la malade vint à Paris. Je pus constater que tout était remis dans l'état normal : la montre entendue à plusieurs centimètres, et la perforation du tympan ayant conservé les dimensions de la canule. J'eus bien l'intention de présenter alors la malade à M. Richet; mais, après réflexion, je préférai attendre encore et remettre cet examen à une époque plus éloignée, afin de mieux juger la persistance de l'ouverture tympanale, et la complète cicatrisation de ses bords.

Venue à Paris il y a deux mois, le mieux s'est maintenu, ce dont M. Richet a pu s'assurer, ainsi que de la persistance de l'ouverture du tympan, en examinant la malade dans son cabinet; seulement il se produit parfois, dans la caisse, des sécrétions qui, en s'accumulant devant l'ouverture du tympan, diminuent l'audition. Mais il suffit alors à la malade de se moucher un peu fort pour les chasser dans ce conduit et de les absorber avec un petit pinceau de blaireau ou un peu de coton.

Tel est l'état actuel de la malade. L'opération, pratiquée il y a près d'une année, permet d'en considérer le résultat comme définitivement acquis à la science, et de classer la perforation du tympan, faite dans les conditions que j'ai précisées, au nombre des opérations chirurgicales susceptibles de donner pour l'ouïe les mêmes résultats, sinon meilleurs, que l'opération de la cataracte pour la vue, si l'on songe surtout aux modifications et aux perfectionnements que les praticiens pourront y apporter. Car on ne peut atteindre tout d'un coup la perfection. L'occulistique en est un exemple frappant.

En résumé, cette observation confirme la proposition que j'ai émise il y a plus de vingt ans, et que j'ai répétée à l'Académie de médecine l'année dernière. Je disais que la trépanation du tympan devait devenir, pour les oreilles, ce que l'opération de la cataracte est pour les yeux; et, tant que cette conquête chirurgicale ne sera pas un fait accompli, la thérapeutique de l'appareil de l'audition se traînera dans une espèce d'*aurea mediocritas* scientifique, comme l'eût fait l'occulistique sans l'opération de la cataracte.

Il y a trente ans environ, je débutai dans cette spécialité par la perforation du tympan, et les résultats que j'en retirai m'encouragèrent à persister dans cette étude. Malheureusement, n'osant laisser ma canule à demeure, la plaie se cicatrisait, et le mieux obtenu était de courte durée. Je renonçai à cette opération. Mais,

---

« Un de nos confrères, le docteur X..., de Z..., a poursuivi et fait condamner un officier de santé habitant le département de l'Yonne, comme n'ayant pas le droit d'exercer en Seine-et-Marne.

« Le susdit officier de santé a obtenu, depuis sa condamnation, un deuxième diplôme pour exercer en Seine-et-Marne.

« Un officier de santé a-t-il le droit d'exercer dans plusieurs départements en se munissant d'un diplôme différent par département?

« Si cela est possible, on pourrait admettre, poussant le raisonnement à l'absurde, qu'un officier de santé pourrait jouir du privilége d'un docteur, exercer dans toute la France en subissant quatre-vingt-six examens.

« Veuillez bien agréer, etc. « Dr Bancel. »

Je ne sais si la question que me pose mon honoré correspondant a reçu une solution juridique, et si jamais un cas analogue, dont les exemples d'ailleurs ne sont pas rares, a été soumis aux tribunaux. Je crois qu'elle n'y trouverait qu'une solution possible, celle qu'indique le bon sens, celle qu'a pressentie mon correspondant, celle qui est dans l'esprit de la loi de ventôse. Il est de toute évidence que cette loi de ventôse est restrictive pour les officiers de santé. Si, par un subterfuge ou une échappatoire, l'officier de santé pouvait se soustraire aux prescriptions de la loi, cette loi n'aurait plus sa raison d'être, et le législateur aurait fait une chose inutile. Or, la loi est formelle, l'officier de santé ne peut exercer que dans le département pour lequel il a été reçu. Maintenant, l'officier de santé peut-il prendre plusieurs diplômes pour plusieurs départements? Sans doute, il peut en prendre 86, si cela lui agrée, mais il ne pourra jamais exercer que dans un seul, celui dans lequel il a pris sa résidence. Et

rencontrant de nombreux malades qui ne pouvaient trouver de soulagement que par ce moyen, je faisais une nouvelle campagne, en modifiant les instruments ainsi que le mode opératoire. J'obtins bien quelque bon résultat, mais toujours limité, quoique un peu plus prolongé. J'essayai pourtant tous les procédés pour la pratiquer : nitrate d'argent, pâte caustique de Vienne, cautère actuel, etc., etc. Las, enfin, de toutes ces déceptions, j'y avais complétement renoncé, laissant à d'autres plus habiles le soin de résoudre cet important problème. Il m'a fallu rencontrer un homme aussi intelligent que M. C..., lequel, après avoir épuisé, sans aucun succès, tous les traitements contre sa surdité, qu'il voyait s'aggraver rapidement, estima lui-même que, d'après mes indications, la perforation du tympan pouvait seule lui donner quelque soulagement. Chose rare et curieuse ! ici ce n'était pas le médecin qui cherchait à convaincre le malade, mais bien le malade qui faisait tous ses efforts pour ranimer la confiance du médecin. Mis ainsi en demeure, je requis l'habileté de MM. Aubry et Collin. Le premier me confectionna un trocart à canule armée de deux ailerons qui se fixent au tympan ; le second, un œillet à rainure, me paraissant mieux remplir peut-être toutes les indications. Bien que cette fois le succès ait été obtenu par la canule Aubry, je suis persuadé que l'œillet, un peu modifié, finira par mériter la préférence. C'est ce que je dirai dans un autre travail.

Le manuel opératoire est fort simple : Le malade assis, la tête appuyée contre la

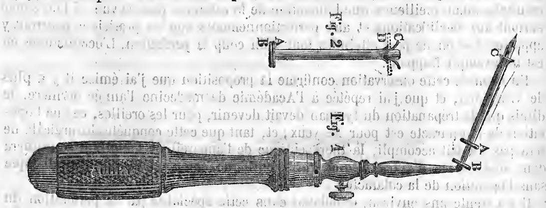


Fig. 1. — Instrument porte-trocart prêt à opérer. — A, canule. — B, porte-ailettes. — C, ouverture donnant passage aux ailettes derrière le tympan.

Fig. 2. — A, B, Canule et porte-ailettes rapprochés après l'opération. — C, ailettes déployées derrière le tympan. — D, tympan.

---

qu'est-ce qui constitue la résidence, si ce n'est l'habitation continue, celle où l'on paye ses impositions, sa patente ; celle où l'on exerce ses droits civils et civiques ? Il n'y a pas à sortir de là, et toute autre interprétation serait, à notre avis, erronée. Donc, dans le cas actuel, l'officier de santé qui, en prenant un nouveau diplôme, a cru se donner le droit d'exercer en Seine-et-Marne, s'est trompé ; si sa résidence est dans l'Yonne, il ne peut exercer que dans ce dernier département, et il s'expose à des poursuites en en franchissant les limites. Voici, à mon sens, la seule solution à la question qui m'est adressée. Je dois ajouter que c'est également l'avis de M. Gavarret, si compétent en ces matières.

Déjà dans ses applications la loi de ventôse est sévère et dure. Un officier de santé résidant dans une localité frontière d'un autre département, ne peut pas dépasser la borne kilométrique qui indique la séparation des deux départements ; c'est déjà assez draconien. Mais voilà que, croyant se donner le droit d'exercer dans cet autre département dont il n'est séparé que par un ruisseau peut-être, il va demander à l'École dont il ressortit un nouveau diplôme qui lui est accordé après de nouveaux examens. Eh bien, non ; ce nouveau diplôme ne lui donne qu'un vain titre ; s'il veut exercer dans ce département, il faut qu'il y transporte son domicile civil et politique, et alors, par cela même, il renonce à l'exercice de sa profession dans le département qu'il abandonne.

Et, cependant, j'ai connu un officier de santé qui s'est soumis trois fois à ces rudes épreuves. Reçu officier de santé pour Seine-et-Oise, il s'établit aux environs de Saint-Germain. Succès médiocre, clientèle insuffisante. Il demande à passer de nouveaux examens devant le jury de la Seine, et il obtient le diplôme qui lui permet de s'établir aux environs de Sceaux, où il transporte sa résidence. Ce changement ne réussit pas à son gré ; il demande à subir de nouveaux examens devant le jury du Doubs, qui lui accorde un diplôme pour ce département, où

poitrine d'un aide, et le conduit dilaté avec mon petit spéculum bivalve, qui a l'avantage de tenir seul à l'oreille, on dirige les vapeurs d'éther sur le tympan, avec l'appareil Richardson, durant cinq ou six minutes. Ce temps a été suffisant, dans mes deux opérations, pour produire l'anesthésie de la membrane.

Cela fait, et le conduit étant bien éclairé avec l'otoscope, ou par la lumière solaire, on enfonce le trocart à la région postéro-inférieure de la membrane; on pousse, à l'aide d'un stylet fourchu, le porte-ailettes, qui se déploie derrière le tympan, et on retire le manche.

La canule ainsi placée s'y maintient seule; un petit fil de soie ciré y est solidement fixé, afin de pouvoir la retirer à volonté.

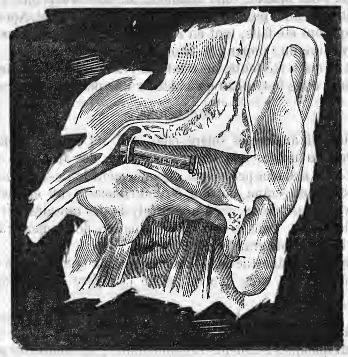


Fig. 3. — Cette figure représente la canule dans le conduit auditif et la manière dont elle est maintenue en place derrière la membrane du tympan.

J'aborde maintenant le point le plus important de cette observation, c'est-à-dire

---

il transporte auprès de Besançon sa nouvelle résidence. Y est-il encore? Je l'ignore; mais je ne serais pas étonné d'apprendre qu'il a fui vers de nouveaux parages. Et ce médecin n'était pas le premier venu, je vous assure; il savait beaucoup et bien; tous ses examens étaient pour lui des succès dont les juges le félicitaient. — Pourquoi donc, lui dis-je la dernière fois que je l'ai vu, ne vous faites-vous pas recevoir docteur? — Je n'ai jamais eu assez d'argent, me répondit-il. — Bien triste réponse.

Je dois ajouter que cet officier de santé n'élevait aucun doute sur les exigences que lui imposait la loi. Il savait parfaitement que ce n'était pas le diplôme qui lui donnait le droit d'exercer dans tel ou tel département, mais le domicile, la résidence, et il agissait en conséquence. *Dura lex, sed lex.*

Dr Simplice.

Le phylloxera vastatrix. — Berne, 17 juillet : « Le Conseil fédéral vient de fixer au 6 août, et à Lausanne, l'ouverture du Congrès international relatif aux mesures à prendre contre le phylloxera vastatrix. On sait que les autorités fédérales, dans leur session des Chambres de décembre dernier, avaient décidé de proposer aux divers États de régler cette question dans une conférence internationale. Cette proposition fut acceptée par les États intéressés.

« M. le conseiller fédéral Droz, chef du département de l'intérieur, est chargé de présider à l'ouverture des débats.

« M. le professeur Vogt, de l'Université de Genève, est chargé de faire un rapport au point de vue scientifique. »

la cause probable du succès obtenu. Évidemment, la forme de l'instrument qui a permis à la canule de rester plus facilement à demeure y a été pour une bonne part. Mais il est permis de supposer que le travail inflammatoire survenu, en provoquant l'usure des petits lambeaux résultant de la déchirure du tympan par le trocart, y a contribué pour une grande part. Cette opération aurait donc cela de commun avec toutes les autres qui sont suivies d'une période de réaction inflammatoire plus ou moins intense précédant toujours la cicatrisation.

Pour moi, le principal intérêt de cette observation consiste peut-être moins dans le rétablissement de l'ouïe que dans la persistance de l'ouverture faite au tympan, laquelle a été jusqu'à ce jour impossible à obtenir. La science n'en cite aucun cas bien authentique. Pour preuve, voici comment M. Miot s'exprime à ce sujet dans une récente et intéressante publication sur la myringodectomie. Après avoir résumé tous les efforts qui ont été faits, tant en France qu'à l'étranger, pour obtenir la persistance de l'ouverture du tympan, M. Miot termine par cet alinéa :

« Malgré tout ce qui a été tenté, on n'est pas plus parvenu à maintenir un corps étranger à demeure dans le tympan qu'à obtenir une perforation permanente. »

CONCLUSIONS.

1° Les dysécies, si anciennes soient-elles, qui ont résisté à tous les moyens généralement mis en usage, tels que cathétérisme des trompes, révulsifs, etc., et chez lesquelles les malades perçoivent distinctement le tic-tac d'une montre ordinaire sur les parois du crâne, doivent être attribuées à un épaississement de la membrane du tympan (sclérose), ou à une paralysie des muscles des osselets et de la membrane elle-même. Dans ce cas, la trépanation de la membrane peut seule procurer la guérison ou une grande amélioration.

2° Cette opération, en anesthésiant la membrane du tympan avec l'éther et l'appareil Richardson, se fait sans douleur, et ne peut être suivie d'aucun accident sérieux.

3° La canule engagée dans la membrane du tympan doit y rester jusqu'à ce qu'elle tombe naturellement.

4° S'il survient quelques accidents inflammatoires, les combattre par les moyens ordinaires et attendre patiemment leur résolution.

5° Après la chute de la canule, faire de temps en temps des injections légères d'eau tiède, afin de dissoudre les mucosités de la caisse qui peuvent s'accumuler devant l'ouverture du tympan et gêner l'audition; ou bien suppléer aux injections en faisant passer un courant d'air dans la trompe d'Eustache par le procédé de Scarpa ou de Politzer.

6° Il y a bien des années, j'avais prédit que la trépanation de la membrane du tympan devait être pour l'ouïe ce que l'opération de la cataracte est devenue pour la vue; l'observation qui précède justifie cette proposition et fait espérer que cette conquête chirurgicale est sur la bonne voie.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS.

Erstein, 8 juillet 1877.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans le numéro du 7 juillet, vous publiez, sous le titre : « Correspondance », une lettre de M. le docteur Georges Michelon, de Nanterre, sur un « moyen simple à employer dans l'œdème des membres inférieurs. »

Pour empêcher la propagation de ce procédé, admirable théoriquement, mais qui, pratiquement, est loin d'être aussi simple, surtout dans ses conséquences, et de donner des résultats aussi heureux que ceux indiqués par M. le docteur Michelon, car, au bout de deux à trois jours, il n'est plus praticable, à moins de revenir à de nouvelles piqûres, ce dont il n'est pas parlé dans la lettre, permettez-moi de vous faire voir ce revers de la médaille dû à la pratique du procédé, que j'ai employé moi-même il y a longtemps, et en dernier lieu il y a deux

ans, sur le pharmacien de ma localité, qui avait un œdème extraordinaire des extrémités inférieures dû à la maladie de Bright. J'espère, de cette façon, éviter à celui de mes confrères qui voudrait employer ce traitement symptomatique après avoir seulement lu la susdite lettre, les déboires qui l'attendraient s'il s'en tenait à cette unique lecture.

Je me suis engagé dans cette voie, non par la lecture d'un article de journal, mais parce que j'avais vu employer et que j'avais déjà employé avec succès un traitement analogue dans des cas d'emphysème sous-cutané à la suite de plaie pénétrante de poitrine. En 1865, à l'hôpital de Strasbourg, M. le professeur Hergott, à l'instigation de son interne, a mis ce procédé à l'essai avec un parfait succès : en deux jours, dégonflement du malade et enlèvement des tubes; les plaies ne suppurèrent pas. L'observation complète se trouve dans la thèse de M. le docteur Théoph. Rapp. (Strasbourg, 1865.)

Me trouvant devant des cas d'œdème considérable des membres inférieurs à la suite de cirrhose du foie, de kyste énorme de l'ovaire, etc., j'ai essayé le procédé de M. le professeur Hergott, qui est actuellement à Nancy.

D'abord je me suis servi du simple trocart explorateur de la trousse, auquel j'adaptais le tube en caoutchouc. Pendant le premier jour, l'écoulement était admirable, le dégorgement se faisait très-bien; le deuxième jour, la piqûre devenait rouge, mais restait indolente, l'écoulement se faisait moins bien; le troisième jour, toute la peau au-dessus de la canule était rouge, gonflée, très-douloureuse; l'écoulement avait cessé; le moindre mouvement imprimé au tube de caoutchouc produisait une forte douleur au patient; le sommeil devenait impossible. Il fallait enlever le tube du trocart; alors, pendant quelques jours, après la chute de l'inflammation locale, il y avait encore un peu de suintement, puis tout cessait petit à petit. Au bout de huit jours, quand on retirait le tube, la troisième piqûre était refermée.

Croyant obvier à cette irritation causée par les mouvements du malade ou du tube de caoutchouc, je fis exécuter à Strasbourg, par M. Streissguth, fabricant d'instruments de chirurgie, de plus petits tubes, c'est-à-dire moins longs (6 centim.), afin de pouvoir les enfoncer obliquement dans toute leur longueur et mieux les fixer. Mais, malgré toutes les précautions et tous les soins que je prenais et dont l'entourage du malade enveloppait le patient, l'irritation produite par ces tubes dans ces tissus distendus et macérés, dont la vitalité était affaiblie et qui ne revenaient sur eux-mêmes que pour mieux se macérer, développait régulièrement une inflammation vers le huitième jour, et, de ce moment, le gonflement inflammatoire local causait une douleur très-forte, exaspérée par le moindre mouvement, et l'écoulement était suspendu. En voulant une fois, et cela dans le dernier cas où j'ai employé ce procédé, attendre la chute de l'inflammation en laissant le tube en place, j'ai vu se développer une ulcération de la peau sur toute la longueur du tube; ulcération que je n'ai pu guérir complétement. Aussi ai-je abandonné ce procédé et en suis-je revenu à faire sur le côté interne des membres inférieurs ou sur le scrotum, quand il y a lieu, de simples mouchetures, et bien souvent je ne fais plus rien, si le malade peut me comprendre.

C'est que les conditions sont autres dans les cas d'emphysème et d'œdème. Dans le premier cas, il y a une cause passagère qui a produit le gonflement; la peau est saine et n'as pas perdu son élasticité; de plus, il n'y a pas de macération interne de ce tissu. Dans le second cas, au contraire, le gonflement se produit lentement et la peau perd toutes ses qualités; de plus, la présence du liquide, qui suinte entre le tube et la peau, qui ne serre plus bien celui-ci au bout de deux jours, irrite également à l'extérieur; quant à l'intérieur, les frottements du tube deviennent de plus en plus irritants par suite du plus de mobilité de cet instrument, qu'on ne peut pas fixer dans les tissus mous et flasques.

Même dans le cas d'emphysème, les tubes tombent assez vite, si on ne les fixe pas avec du collodion ou du sparadrap.

Je ne crois donc pas, d'après l'expérience que j'en ai, que ce procédé soit appelé à remplacer les autres connus, et je le crois même plus mauvais, car il est plus douloureux, et n'empêche ni les ulcérations ni les érythèmes; j'ai même vu, dans un cas, un abcès assez étendu succéder à l'emploi d'un de ces tubes dans le cas d'œdème.

Dans ce cas, la théorie est bonne, mais la pratique mauvaise; cela tient à ce que le corps de l'homme vivant ne se prête pas aussi bien au drainage qu'un pré dont le sous-sol est imprégné d'eau.

J'espère que ces quelques lignes, si vous jugez à propos de les publier, feront réfléchir mes confrères qui seraient tentés de dessécher leurs œdémateux avec un ou plusieurs tubes de drainage.

Agréez, Monsieur le rédacteur, etc. Dr WALCHER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Pasteur annonce à l'Académie, en son nom et au nom de M. Joubert, que les corpuscules-germes des bactéridies charbonneuses (corpuscules brillants, kystes, spores) conservent leur vitalité dans l'alcool absolu et également dans l'oxygène à une haute pression, et, d'autre part, que ces résultats s'appliquent également aux corpuscules-germes du vibrion qui termine la septicémie.

M. le Secrétaire perpétuel annonce à l'Académie que la Société pour l'encouragement des arts et manufactures et du commerce, de Londres, présidée par S. A. R. le prince de Galles, vient de décerner à M. Dumas la médaille d'or dite *médaille du Prince Albert*. Cette distinction est accordée chaque année au savant dont les travaux scientifiques ont le plus contribué aux progrès des arts et de l'industrie.

Un autre membre de cette Académie, M. Chevreul, en a été précédemment honoré. De tels choix font honneur à la fois à la Société qui les fait et aux savants, depuis longtemps illustres, qui en sont l'objet.

La très-remarquable et très-intéressante communication de M. le professeur G. Sée, sur les propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique, va provoquer l'envoi de beaucoup de notes, de mémoires et d'observations aux Sociétés savantes. C'est inévitable, et c'est, d'ailleurs, fort heureux; le contrôle de tous étant nécessaire pour bien préciser la valeur définitive du nouvel agent sur lequel se fixe en ce moment l'attention des médecins et du public.

M. Marty, dans une note présentée par M. Bussy, s'inscrit contre un procédé conseillé par M. Robinet, pour rechercher l'acide salicylique dans les reins et dans l'urine.

« M. Robinet dit, en effet, qu'il est très-important dans cette recherche de *tenir à ce quel liquide contienne toujours un excès d'acide sulfurique*.

Or tout le monde sait que la coloration qui se développe au contact des acides organiques et des persels de fer disparaît par l'addition d'un acide minéral. Comment, dès lors, pourrait-on mettre en évidence la présence de l'acide salicylique, au moyen du perchlorure de fer, dans un liquide qui renfermerait un excès d'acide sulfurique?

Je n'ai jamais pu, en effet, obtenir la réaction de l'acide salicylique, en opérant comme l'indique M. Robinet. La recherche de cet acide, soit dans les reins, soit dans l'urine, est au contraire des plus faciles et des plus sensibles, en suivant le procédé indiqué par M. Yvon. Il suffit d'agiter directement avec quelques centimètres cubes d'éther le liquide additionné de quelques gouttes d'acide chlorhydrique. L'éther s'empare de l'acide salicylique et l'abandonne, par l'évaporation spontanée, au-dessus d'une solution faible de perchlorure de fer, en produisant un anneau fortement coloré en violet. »

M. Alf. Grellot adresse une note intitulée : *De l'usage externe de l'acide salicylique.*

« Depuis quelques années, la thérapeutique a tiré un puissant parti de l'acide salicylique. Nous nous proposons de montrer que la médication externe n'est pas moins avantageuse que la médication interne.

Au mois de septembre 1876, nous fûmes appelé auprès de Mme X..., accouchée depuis cinq jours; la malade était en proie à une fièvre intense, le ventre fortement ballonné, les lochies sanguino-purulentes répandant une odeur nauséabonde. Nous ordonnâmes six injections vaginales d'acide salicylique dans la journée. Le lendemain, l'état de la malade s'était sensiblement amélioré; nous fîmes continuer la médication; après trois jours, tout accident avait disparu.

Quelque temps après, nous fûmes appelé auprès d'une jeune femme primipare qui avait été incomplétement délivrée et présentait tous les symptômes d'une fièvre puerpérale. Ses sécrétions vaginales avaient une odeur fétide. Aussitôt nous prescrivîmes des injections d'acide salicylique, et, deux jours plus tard, l'état de la malade présentait une amélioration notable. Nous fîmes continuer les injections d'acide salicylique, et bientôt notre malade fut debout.

Nous pourrions citer plusieurs observations analogues. Ces succès nous engagèrent à essayer l'action de l'acide salicylique dans les divers écoulements du vagin. Dans le traitement des leucorrhées, nous eûmes toujours recours à des injections d'acide salicylique et toujours leur emploi fut suivi de succès. En conséquence, l'acide salicylique, employé en injections comme nous le faisons, est exempt de causticité et guérit toutes les sécrétions vaginales de mauvaise nature. »

M. Gross envoie une note sur les avantages des trépanations immédiates et hâtives.

« Les indications curatives des fractures du crâne sont le sujet de graves discussions, et beaucoup de chirurgiens blâment encore et proscrivent la trépanation.

Cette conduite se justifie difficilement, croyons-nous, dans les fractures du crâne avec enfoncement d'esquilles blessant les méninges et le cerveau; aussi paraît-il important de confirmer les préceptes soutenus depuis 1869 par M. Sédillot, sur l'urgence et l'utilité des trépanations hâtives, préventives et exploratrices, admises et confirmées par l'expérience des siècles, sous le nom de *doctrine hippocratique*. C'est dans ce but que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie une observation de fracture du crâne, compliquée d'esquilles enfoncées dans la substance cérébrale et guérie, comme dans la plupart des cas analogues, par l'extraction des corps étrangers pratiquée le jour même de l'entrée du blessé à l'hôpital.

Les succès sont en raison de la promptitude de l'opération, et nous ne craignons pas d'affirmer la convenance et la nécessité d'explorations directes, qui seules peuvent mettre à l'abri d'erreurs compromettant également l'humanité et la science.

Je reçus à l'hospice Saint-Léon de Nancy un jeune homme de 18 ans, qui avait été frappé quatre jours auparavant d'un coup d'étrille à la région pariétale gauche. Légère syncope, plaie contuse, hémorrhagie, et cependant continuation des travaux habituels jusqu'au troisième jour, malgré de l'insomnie et une violente céphalalgie. L'exploration de la plaie, à l'aide d'un stylet, révéla l'existence d'une *fracture du pariétal* avec *esquilles* enfoncées dans la substance cérébrale. Ni contracture, ni paralysie, ni douleur, ni fourmillements dans les membres; force musculaire intacte, mais impossibilité d'écrire, en raison d'un tremblement assez violent de la main dès que le malade essayait de s'en servir; marche incertaine et titubante, commencement de rétention d'urine. La nature et la gravité des symptômes nous semblèrent commander une intervention immédiate, et ayant fait transporter le blessé à la salle des opérations et l'ayant chloroformé, j'élargis la plaie, et, ayant trépané le crâne par des résections partielles, je retirai avec une pince, et en m'aidant d'un ciseau et d'un maillet, quatre esquilles, dont la plus grande, ayant pénétré dans le cerveau et appartenant à la table vitrée, avait 0 mètre 020 de diamètre. Une assez grande quantité de pus s'écoula pendant l'opération, et une injection poussée avec beaucoup de précautions servit à déterger la plaie et mit à nu la cavité que l'esquille avait occupée. Quatre épingles à sutures furent placées sur les branches antérieure, supérieure et postérieure de la plaie cruciale des téguments; la branche inférieure ainsi que la solution de continuité produite par le corps vulnérant ne furent pas réunies. Dans la soirée, le malade se trouve bien et affirme que la céphalalgie a diminué. Pouls à 72, température 38°5, parole moins embarrassée que le matin. Amélioration progressive très-sensible. Le malade se lève et se promène le 22 octobre.

Le 10 novembre, un stylet introduit dans la plaie par un élève, aussi ignorant que téméraire, cause au malade de la douleur et des éblouissements. Un heure plus tard, céphalalgie, agitation, anxiété. Nuit mauvaise, parole un peu embarrassée, réponses lentes et difficiles; le 13 et le 14, disparition des accidents. Eliminations successives de petits fragments nécrosés du contour osseux. Le 23 décembre, le malade quitte l'hôpital dans un état de santé excellent. Il a repris son service de conducteur de voitures, et nous l'avons revu parfaitement guéri.

Il nous paraît de toute évidence que le malade a dû la vie à l'opération du trépan, et il faudrait un étrange aveuglement pour oser, comme on le fait encore, fermer la plaie, la tamponner, enfermer les esquilles dans le crâne et le cerveau, et en rêver l'innocuité par enkystement, accoutumance ou élimination spontanée.

Les exemples d'accidents mortels causés par de si graves erreurs sont innombrables, et notre seul regret a été de n'avoir pas été appelé à trépaner le malade au premier moment de sa blessure, pour le soustraire aux dangers de l'inflammation suppurative que devait produire une esquille traversant les méninges et engagée dans la substance cérébrale. L'indication de l'extraction des fragments vitrés, complétement détachés du crâne et blessant la dure-mère et le cerveau, impose l'obligation de les rechercher, de les découvrir et de recourir à tous les moyens d'investigation que l'art et l'expérience ont fait connaître pour éclairer le chirurgien et multiplier les chances de salut. C'est à ce point de vue supérieur que les trépanations exploratrices, hâtives et préventives, déjà recommandées par l'école hippocratique, méritent les plus sérieuses études de la chirurgie et ne sauraient être trop recommandées. » — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1877. — Présidence de M. PANAS.

SOMMAIRE. — Thérapeutique des plaies d'artères. — Présentation de malades : Anévrysme cirsoïde du membre supérieur ; — anaplastie et staphylorrhaphie. — Présentation de pièce pathologique : Syphilis osseuse héréditaire ; fractures multiples ; pseudo-paralysie des membres supérieurs liée à ces fractures.

M. Guyon communique l'observation d'un malade qu'il a eu l'occasion de traiter dans son service de l'hôpital Necker, observation qui lui paraît devoir contribuer à résoudre la question souvent controversée de la thérapeutique des plaies d'artères.

Il s'agit d'un homme de 54 ans qui, le 14 avril dernier, reçut au niveau de la région du pli du coude droit une pièce de tôle qui lui fit une plaie contuse considérable intéressant les téguments, les muscles, les nerfs et les vaisseaux de cette région.

Une hémorrhagie formidable se déclara, pour laquelle le malade fut apporté à l'hôpital Necker. Après avoir enroulé autour du membre la bande d'Esmarck, M. Guyon dut lier successivement l'artère humérale et l'artère cubitale. Il lui parut alors qu'il avait tari les sources de l'hémorrhagie, et il déroula la bande d'Esmarck. Tout écoulement sanguin semblant arrêté, il fit le pansement, et, en effet, jusqu'au 1er mai, il n'y eut aucun accident.

Ce jour-là, après le pansement du matin, il se manifesta une hémorrhagie assez abondante que la compression ne put arrêter, et pour laquelle M. Delens, qui remplaçait M. Guyon, pratiqua la ligature de l'artère humérale au lieu d'élection.

Tout alla bien jusqu'au 12 mai, où se déclara une nouvelle hémorrhagie abondante, non dans la ligature, mais dans la plaie primitive. M. Guyon, qui avait repris le service, se trouvait dans une situation difficile. Après la ligature de l'humérale, qui avait échoué, il ne lui restait d'autre alternative que la ligature de l'artère axillaire ou la recherche et la ligature du bout inférieur de l'artère blessée. Cette recherche présentait des difficultés très-sérieuses, et, d'ailleurs, il était à craindre que ce bout inférieur, une fois trouvé, ne présentât pas une résistance assez grande pour supporter la ligature.

Réfléchissant que la ligature de l'axillaire aurait probablement le même sort que celle de l'humérale, qu'il se ferait, à la suite, de nouvelles hémorrhagies, que la situation du malade en serait aggravée et peut-être définitivement compromise, M. Guyon se décida donc à faire la recherche du bout inférieur dans la plaie. Or, celle-ci datait déjà d'un mois, et la recherche du bout inférieur après un si long intervalle devenait une opération exceptionnellement difficile.

M. Guyon se servit de la bande d'Esmarck, qui apporte au chirurgien un secours considérable dans la recherche des artères des membres, en mettant à l'abri de l'hémorrhagie. La recherche du bout inférieur fut d'une extrême difficulté dans une plaie ancienne considérable, défigurée, dont les parties molles agglutinées durent être sculptées, en quelque sorte, avec le bistouri. M. Guyon finit par découvrir un cordon arrondi, d'une couleur blanc-jaunâtre, qui lui parut être l'artère cubitale.

Ayant reconnu l'artère, il appliqua une ligature sur le bout inférieur et enleva la bande d'Esmarck. Depuis ce moment, il n'y a plus eu d'hémorrhagie et le malade peut être considéré comme définitivement guéri.

M. Guyon a eu l'occasion de faire une remarque intéressante sur le malade dont il s'agit. On a souvent parlé de la chute prématurée du fil des ligatures pratiquées sur les artères enflammées ; or, chez son malade, la ligature a été faite le 12 mai, et le fil n'est tombé que le 31 du même mois. Il est donc resté en place plus longtemps qu'on ne l'observe même dans les conditions réputées les plus favorables. Cette ligature a été faite d'ailleurs avec du fil de lin ordinaire, M. Guyon n'ayant pas osé, dans ce cas, se servir du *cat-gut* qu'il emploie ordinairement ; mais il pense que le cat-gut eût parfaitement suffi dans le cas dont il s'agit.

Ce fait semble à M. Guyon venir à l'appui de la doctrine qui veut que, dans les plaies d'artères, le chirurgien fasse dans la plaie la ligature des deux bouts, toutes les fois que la chose est possible.

Cette pratique a parfaitement réussi, et cela dans un cas de plaie très-ancienne, alors que la ligature à distance avait complétement échoué. Il y a donc, dans cette observation, la preuve et la contre-épreuve en faveur de la méthode de la ligature directe adoptée par la majorité des membres de la Société de chirurgie, pour la thérapeutique des plaies d'artères.

M. Delens dit qu'il a eu l'occasion de faire dernièrement la ligature de la fémorale dans un cas d'ablation de sarcome volumineux de la cuisse. Arrivé à l'artère, il s'aperçut qu'elle était athéromateuse. Il appliqua néanmoins sur cette artère un fil à ligature ; l'hémorrhagie fut arrêtée, le fil ne tomba que le quinzième jour et le malade guérit.

M. Nicaise rappelle qu'il a communiqué une observation de ligature des deux bouts de l'ar-

tère dans la tabatière anatomique, dans un cas d'hémorrhagie à la suite d'une plaie de cette région. On avait essayé de la compression directe et indirecte, rien n'avait pu arrêter l'hémorrhagie. La ligature de l'humérale et de la radiale avait été également impuissante ; il fallut, en outre, lier dans la plaie une artériole provenant de la division prématurée de l'humérale et qui donnait lieu à l'écoulement de sang. L'application de la bande d'Esmarck facilita la recherche des bouts de l'artère.

M. Lucas-Championnière a pratiqué la ligature des deux bouts de l'arcade palmaire chez un malade dont la blessure datait de vingt-sept jours et qui avait des hémorrhagies excessives.

Après l'application de la bande d'Esmarck, la recherche des deux bouts de l'artère blessée fut facile ; la ligature fut faite avec le cat-gut, et il n'y eut pas l'ombre d'une hémorrhagie secondaire.

M. Amédée Forget dit que le fait de M. Guyon lui semble démontrer victorieusement l'erreur de la doctrine de certains maîtres de la chirurgie touchant la prétendue fragilité des artères enflammées. La conduite de M. Guyon est de tous points préférable à celle de Roux qui, dans un cas d'hémorrhagie, suite de plaie, se vit obligé de pratiquer l'amputation du membre supérieur, après avoir fait la ligature de toutes les artères de l'avant-bras et du bras. M. Forget a vu, dans un cas analogue à celui de M. Guyon, Lisfranc sauver la vie d'un artiste éminent.

M. Panas dit avoir vu, en 1857, Nélaton, dans un cas d'hémorrhagie produite par une plaie de la radiale, faire la ligature des deux bouts de l'artère dans la tabatière anatomique.

M. Houel fut appelé un jour chez un individu qui avait une plaie par arme à feu de la paume de la main. Depuis l'accident, quatorze hémorrhagies s'étaient produites ; le malade était exsangue. Nélaton, consulté, dit qu'il fallait absolument faire la ligature des deux bouts de l'artère palmaire dans la plaie. M. Houel passa plus d'une heure à chercher, à trouver l'artère et à la lier. Le malade guérit.

M. Marc Sée dit que, lorsqu'une plaie envahie par les bourgeons charnus devient le siége d'une hémorrhagie artérielle, il suffit de râcler avec un grattoir tranchant la couche de bourgeons charnus pour trouver au-dessous les tissus avec leur aspect normal, ce qui facilite singulièrement la recherche des deux bouts de l'artère lésée.

— M. Tillaux présente une malade atteinte d'anévrysme cirsoïde de la main gauche, ayant envahi les deux artères de l'avant-bras et probablement aussi l'artère humérale jusqu'à l'aisselle. C'est une femme de 30 ans, d'une bonne santé apparente et chez laquelle le mal paraît avoir débuté dès l'enfance, sinon dès la naissance. Depuis sept mois seulement, il s'est manifesté une gangrène sèche de l'extrémité du médius gauche dans lequel les artères sont dilatées de manière à constituer un véritable lac sanguin. Le membre est le siége de douleurs très-vives devenues insupportables. M. Tillaux a essayé inutilement divers modes de compression qui n'ont pu être supportés par la malade. Il consulte ses collègues sur ce qu'il y aurait à faire en pareil cas. La ligature des artères radiale et cubitale, les injections de perchlorure de fer ne lui paraissent présenter que des avantages problématiques à mettre en balance avec des dangers réels. Il craint d'être obligé de recourir à l'extrême ressource de l'amputation du membre, bien difficile à offrir à une femme de 30 ans et à lui faire accepter.

M. Nicaise dit qu'il a eu récemment à traiter un anévrysme cirsoïde de la jambe, et qu'il a obtenu une grande amélioration en faisant porter à son malade un bas élastique exerçant sur le membre une compression modérée.

M. Duplay ne croit pas qu'il soit possible de faire des injections de perchlorure de fer chez la malade de M. Tillaux, parce qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de circonscrire ici, comme on l'a fait avec succès pour l'anévrysme cirsoïde des parois du crâne, un îlot artériel, pour y localiser l'injection coagulante. La ligature de l'artère humérale serait de peu de secours puisque la dilatation artérielle remonte jusqu'à l'aisselle. L'amputation du membre serait une opération des plus graves, car il faudrait aller jusqu'à la désarticulation de l'épaule. M. Duplay pense donc qu'il vaut mieux s'abstenir, considérer le cas comme incurable et se borner à l'emploi des palliatifs.

M. Trélat a eu l'occasion de traiter un cas semblable à celui de M. Tillaux. Les injections de perchlorure de fer furent suivies d'hémorrhagies qui nécessitèrent la ligature des artères de l'avant-bras et du bras, et, finalement, l'amputation du membre. M. Trélat conseille de recourir de nouveau à la compression, en employant le moyen qui a procuré à M. Nicaise une grande amélioration. Il ne faudra recourir à la ressource de l'amputation que si des accidents se déclarant forcent, pour ainsi dire, la main du chirurgien.

M. Larrey conseille l'emploi successif des trois moyens suivants : 1° la compression digitale au niveau de l'artère humérale ; 2° l'application de la glace dans la paume de la main ; 3° l'élévation du bras droit aussi prolongée que possible.

M. Terrier pense qu'il s'agit, dans le cas de M. Tillaux, d'une dilatation congénitale à la

fois du système artériel et du système veineux du membre; or, l'expérience prouve que, dans des cas pareils, tous les moyens, curatifs ou palliatifs, sont impuissants; il n'y a donc absolument rien à faire.

M. Théophile Anger croit que la maladie a commencé par une tumeur érectile; il pense que, si l'on pouvait arriver à coaguler le sang dans l'intérieur des vaisseaux, on arrêterait la dilatation des artères. Il propose à M. Tillaux de faire des injections coagulantes dans le lac sanguin du doigt et de la paume de la main. Il a eu l'occasion de traiter avec M. Verneuil un enfant qui avait une tumeur énorme constituée par la dilatation des artères et des veines d'un membre. Des injections ont été faites avec la liqueur de Piazza, qui est un mélange de perchlorure de fer et de sel marin, et, sous l'influence de ce traitement, les vaisseaux ont notablement diminué de volume. Chaque injection doit être de 10 à 15 gouttes; on peut en faire 5 ou 6 à la fois, de manière à attaquer la tumeur par plusieurs points en même temps.

M. Desprès partage l'opinion de M. Terrier relativement à la nature de la maladie, et celle de MM. Duplay et Trélat sur l'inutilité et les dangers des injections de perchlorure de fer. Il préférerait, pour sa part, essayer d'obtenir, par la ligature des branches secondaires, quelques oblitérations partielles des vaisseaux, avant d'en venir à l'extrême ressource de l'amputation.

M. Tillaux remercie ses collègues et dit que, se conformant à l'avis de la majorité, qu'il partage, il s'en tiendra provisoirement au traitement palliatif.

— M. Trélat présente un malade auquel il a pratiqué diverses opérations d'anaplastie, parmi lesquelles l'aurano-staphylorrhaphie. Il se propose de faire à ce sujet, ainsi que sur plusieurs autres opérations de staphylorrhaphie qu'il a pratiquées, une communication prochaine à la Société de chirurgie.

— M. Porak présente une pièce pathologique relative à un cas de *syphilis osseuse héréditaire, avec fractures multiples et pseudo-paralysie des membres supérieurs liée à ces fractures.*

Dr A. Tartivel,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

Solution contre l'ozène. — Gambarini.

Chlorate de potasse.	10 grammes.
Eau distillée.	300 —

Faites dissoudre. — Pour combattre l'ozène, on fait renifler cette solution trois ou quatre fois par jour. La fétidité diminue en quelques semaines, ainsi que les concrétions muqueuses des narines. En même temps, on prescrit à l'intérieur les remèdes destinés à combattre la diathèse scrofuleuse, cause ordinaire de l'ozène. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 21 Juillet 1787.

La Faculté de médecine de Paris propose en prix la question suivante : « Décrire la maladie « du mésentère propre aux enfants, que l'on nomme vulgairement CARREAU; l'envisager dès « son principe, rechercher les causes qui la produisent, et exposer avec précision les moyens « de la prévenir et ceux de la guérir. »

Le lauréat fut Baumes, agrégé au Collége des médecins de Nîmes. Son mémoire a été imprimé, et forme une brochure de 108 pages. — A. Ch.

Les araignées noires. — Le *Messager de Nicolaïew* signale la multiplication, sur le littoral de la mer Noire, d'araignées des champs très-venimeuses, dont la morsure cause de cruelles souffrances aux hommes et aux animaux. Elle détermine une vive douleur locale et l'enflure de tout le corps, surtout de la région abdominale. Il est rare, il est vrai, que ces accidents se terminent par la mort; dans la généralité des cas, les phénomènes morbides disparaissent au bout de trois jours. Ces araignées ont été observées en grand nombre en 1875 déjà dans le midi de la Russie, spécialement dans le district du Dnièpre (gouvernement de Tauride). La multiplication insolite de ces dangereux insectes doit, selon toute vraisemblance, être attribuée à une diminution accidentelle des animaux, oiseaux et hérissons, qui leur font la chasse.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital des Enfants-Malades

DU CROUP (1)

Conférences cliniques par M. le docteur ARCHAMBAULT.

Il est un autre ordre de symptômes qui, *à priori*, semblent devoir être de la plus grande utilité, et sur le peu de valeur desquels vous devez être actuellement édifiés. Ce sont les symptômes qui relèvent de l'auscultation.

Quand le sifflement laryngé est un peu accentué, ce qui est le cas ordinaire, il retentit dans toute la poitrine, et on n'entend que lui. Il indique l'étroitesse de l'aire glottique, mais rien de plus, et s'il a une valeur, ce n'est qu'en raison de son rapprochement des autres symptômes. Il n'y a pas de signe de la présence des fausses membranes; vos recherches d'auscultation doivent vous avoir montré que les bruits de drapeau, de flottement, décrits dans les livres, sont si rares, si exceptionnels, qu'on pourrait presque croire qu'on les a imaginés. L'existence de râles bullaires, quand on en constate, atteste qu'il y a bronchite, mais rien de plus. Mais, le plus souvent, dans un croup avancé, ce que vous avez pu constater, c'est l'absence de murmure vésiculaire, ou de tout bruit morbide, c'est le silence en un mot. Habituellement celui-ci existe des deux côtés, et d'autant plus prononcé que le malade asphyxie davantage. Ce silence tient à l'accès d'une colonne d'air insuffisante, et la preuve, c'est qu'il disparaît aussitôt après que l'opération a été faite.

Si le silence n'existe que dans un côté, on en tire généralement cette conclusion que de ce côté la maîtresse bronche ou ses divisions sont oblitérées par l'exsudat membraneux. Cette induction paraît logique, et je l'ai adoptée comme tout le monde. Pourtant elle n'est pas exacte. Effectivement, si dans ces conditions vous pratiquez la trachéotomie, vous entendez le murmure vésiculaire dans le point même où vous ne constatiez que du silence l'instant d'avant, et cela sans que vous puissiez penser qu'il y ait eu expulsion de la fausse membrane. Comment expliquer ce qui se passe en pareil cas? Je pense, Messieurs, que, dans ce cas, le silence tenait au défaut de volume de la colonne d'air introduite, d'une part; et, d'un autre côté, à l'existence d'un certain degré de congestion pulmonaire passive, avec affaissement des vésicules comme dans l'atélectasie. La petite quantité d'air introduite à

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juillet.

FEUILLETON

LA MÉDECINE AU JAPON (1)

Exercice de la pharmacie.

D'après les anciens usages, la plupart des médecins sont également pharmaciens, et ils ont une provision de drogues qu'ils vendent à leurs clients; mais cela n'empêche pas qu'il n'y ait un grand nombre de pharmacies ou boutiques dans lesquelles on vend des remèdes. Les pharmaciens sont soumis à un droit de patente assez élevé dont sont exempts les médecins.

Il n'est pas plus difficile, bien entendu, de devenir pharmacien que médecin; moyennant la connaissance de quelques recettes traditionnelles et des drogues usuelles, le premier venu peut exercer et ouvrir officine. Il peut paraître singulier qu'il y ait beaucoup de pharmacies alors que les médecins ont la faculté de vendre des remèdes. Mais, ici comme en beaucoup d'autres pays, nombre de gens se dispensent de consulter un médecin et se traitent à leur fantaisie. De plus, il y a dans presque toutes les familles, même les plus pauvres, la fameuse boîte à médicaments qui contient les drogues les plus usuelles. Ces petites pharmacies de famille sont très-souvent approvisionnées par des commis en droguerie ambulants, qui vont de village en village comme nos marchands forains, et remplacent les drogues consommées depuis leur dernière tournée; toute ménagère rangée a soin de renouveler ses provisions en temps utile. On m'a assuré qu'il y a d'importantes maisons de droguerie qui ont ainsi à leur

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 10 et 17 juillet.

chaque inspiration était dès lors impuissante à dilater les vésicules; d'où le silence. Tandis que la respiration venant à se faire largement par la canule, les vésicules affaissées, mais non remplies d'exsudat, se trouvent relevées, la congestion vaincue et le murmure vésiculaire rétabli. Quand le silence est double, il se passe probable ment quelque chose d'analogue. Toujours est-il qu'on ne peut l'expliquer par l'état des bronches; celles-ci, fussent-elles tapissées par des fausses membranes jusqu'à leur terminaison, cessent de donner lieu au silence respiratoire dès qu'on a ouvert à l'air une libre entrée par la trachéotomie. Le silence tient à une sorte d'apnée incomplète. Ce silence est plus complet que jamais au moment des accès de suffocation avec spasme qui ferme la glotte.

On est généralement d'accord pour reconnaître que la température est peu élevée dans le croup simple, environ 37,5 dans l'aisselle, et que si cette température passe à 38,5, ou plus, il y a lieu de redouter quelque complication, surtout la broncho-pneumonie, qui est particulièrement fréquente. Cette absence de fièvre se remarque aussi dans le pseudo-croup, et ne peut servir de signe différentiel entre les deux affections. Aussi ai-je été assez surpris de voir donner, à ce propos, l'élévation thermique comme signe de la laryngite pseudo-membraneuse.

Il est sans doute exact d'admettre avec Claude Bernard qu'un certain degré d'asphyxie augmente un peu la température; mais il ne me paraît pas bien démontré qu'en faisant cesser celle-ci, à l'aide de la trachéotomie, on voie la température s'abaisser d'un demi-degré environ. J'ai fait prendre un grand nombre de températures rectales immédiatement avant et une demi-heure après l'opération; dans ce dernier cas, on a toujours trouvé la température supérieure de plusieurs dixièmes à ce qu'elle était avant l'opération, et cela, même quand il y avait eu perte de sang notable.

C'est de l'asphyxie que dépendent les convulsions, la somnolence et l'anesthésie terminale. La congestion qui a lieu est quelquefois assez violente pour donner lieu à des extravasations sanguines. Il s'en fait sous la plèvre à la suite de violents accès de suffocation, et on en voit quelquefois aussi dans les parenchymes; ce dernier fait est, à la vérité, très-rare. J'ai vu un enfant qui était devenu hémiplégique; je ne m'en aperçus qu'après la tranchéotomie, à la suite de laquelle il survécut trois jours et resta pendant tout le temps hémiplégique.

Je ne vous dirai qu'un mot de l'albuminurie, dont, en 1852, alors que j'étais interne de Blache, j'avais le premier constaté l'existence dans un grand nombre de

---

compte une trentaine de ces commis ambulants toujours en route. Ce commerce ne se fait, du reste, que pour les médicaments usités dans la médecine à la mode chinoise. Toutefois, il y a certains remèdes, principalement pour les maladies des yeux et du ventre, que l'on voit affichés en vente partout, jusque dans les plus petits villages et chez toutes sortes de marchands. Quelques-uns de ces remèdes, entièrement passés dans l'usage japonais, proviennent des anciens Hollandais de Desima, et j'ai été assez surpris de rencontrer dans des coins bien reculés du pays des affiches en lettres européennes, désignant ces remèdes, tels que : *Vereid specifica, Hollandish remedie.* Le premier de ces remèdes est une pâte brune ayant quelque ressemblance avec les tablettes de pâte de jujube; elle est purgative. Le deuxième consiste en pilules argentées, avec lesquelles on délivre une sorte de factum imprimé, duquel il résulte que ces merveilleuses pilules guérissent toutes sortes de maladies dont on donne une longue liste. On a bien soin de dire que la recette de ces pilules a été donné aux ancêtres du marchand par un hippocrate (*sic*) hollandais, et qu'elle a été religieusement gardée intacte de génération en génération.

Je ne dirai rien des innombrables substances de la matière médicale des Japonais, qui est celle des Chinois, et dont le nombre, il est vrai, a été considérablement restreint il y a quelque temps par l'autorité. Chacun sait que les Chinois sont essentiellement polypharmaques, et que tout leur est bon pour faire des remèdes. Quant à l'installation matérielle, rien ne ressemble moins à une de nos pharmacies d'Europe : ici, aucun luxe, rien qui frappe le regard; l'usage des bocaux et des flacons est inconnu; les drogues sont contenues dans des sachets en papier ou dans des boîtes, les liquides dans des espèces de bouteilles en poterie. Les pots à pommade sont souvent remplacés par des coquilles bivalves. Un outil particulier fait fonctions de mortier; c'est un vase de bronze, en forme de navette, dont le fond

cas d'angine couenneuse et de croup. Vous voyez, par ce qui se passe dans nos salles, où ce symptôme est recherché pendant toute la durée des affections diphthéritiques, que son existence n'est pas un fait seulement fréquent, mais qu'elle est la règle. Contrairement à ce qui a lieu pour la scarlatine, le passage de l'albuminurie ne s'accompagne point ici d'hématurie. Pourtant Wade, qui a publié le premier travail relatif à cette question, a trouvé du sang et des tubuli caractérisant le premier degré de la néphrite dans l'urine de quelques enfants atteints de diphthérie. Le professeur Sée a fait observer que ces albuminuries ne s'accompagnaient ni d'hydropisie ni d'urémie. Ces deux assertions sont exactes en thèse générale, comme vous pouvez le constater tous les jours dans cet hôpital; mais, toutefois, il y a des exceptions. J'ai vu de l'anasarque survenir chez des enfants après l'opération du croup. Y avait-il eu scarlatine? C'est fort possible. Quant à ce qui concerne l'urémie ou l'urinémie, vous en avez vu, je pense, un exemple chez un jeune garçon couché au nº 9. Les urines, rares (150 grammes en vingt-quatre heures), très-albumineuses, ne contenaient qu'une minime quantité d'urée; l'enfant respirait largement par la canule, il n'y avait pas de phénomènes asphyxiques, et il s'est éteint dans un état semi-comateux survenu après des vomissements répétés.

Cette albuminurie spéciale qui, en général, ne s'accompagne ni d'hématurie ni d'anasarque, est surtout abondante dans les cas graves, mais se voit également chez des malades légèrement atteints. On ne peut, comme cela a été fait, l'attribuer à la congestion rénale asphyxique, puisque la trachéotomie ne la fait pas disparaître et qu'elle se montre quelquefois deux ou trois jours après celle-ci, et alors qu'il n'y a aucun symptôme de gêne circulatoire. Vous avec vu dix fois cette année ce fait se passer sous vos yeux. Les autres explications qu'on a données de son mode de production ne sont pas beaucoup mieux fondées. On ne peut dire que deux choses, c'est qu'elle paraît tenir au génie du mal, et que, d'ailleurs, elle semble souvent liée à de la néphrite.

J'ai eu peu d'occasions de vous montrer de ces éruptions érythémateuses signalées par M. Sée, et qui sont, en somme, assez mal définies et classées. J'ai de bonnes raisons pour croire qu'il s'agit souvent, dans ces cas, de véritables scarlatines, donnant lieu au croup, ou dont les symptômes se mêlent à ceux de la diphthérie; mais de nombreuses observations sont nécessaires pour élucider ce point.

Nous pouvons, maintenant que je vous ai exposé et fait constater les caractères

---

est très-étroit et dans lequel les substances sont broyées à l'aide d'une sorte de plaque métallique dont la forme est calculée sur celle du vase, et à laquelle on imprime des oscillations avec les deux mains.

Pour ce qui concerne les médicaments européens qui ont été mis à la mode dans ces dernières années, ils ne sont naturellement employés que par les médecins du nouveau système. Comme leur prix est trop élevé pour la plupart des clients, médecins et pharmaciens ont demandé au commerce des médicaments à prix réduit, et, par conséquent, de qualité tout à fait inférieure; la fraude est allée si loin que le gouvernement a jugé nécessaire d'intervenir, et a fini par défendre la vente de drogues non approuvées; pour leur vérification, il a même été nommé quelques chimistes européens; mais il est fort à craindre que ces mesures ne puissent être appliquées que dans un cercle très-restreint, et qu'elles ne demeurent à l'état de lettre morte dans la plus grande étendue du pays.

L'officine d'un médecin pourvu de drogues européennes offre le plus souvent un coup d'œil assez curieux; on voit là une réunion hétéroclite des substances les plus diverses et de toute provenance. Côte à côte se trouvent des flacons ornés d'étiquettes anglaises, françaises, allemandes, etc., parfois une deuxième étiquette en japonais les accompagne, laquelle n'indique pas toujours exactement la nature du médicament. Par exemple, les sulfates, sulfites, hyposulfites de soude, sulfures de sodium, sont étiquetés de la même façon, à l'aide du caractère soufre et du caractère soude; et pour le Japonais, qui n'a aucune idée de la chimie, cela suffit.

Des accouchements.

De temps immémorial, les accouchements ont été pratiqués par des matrones, et il n'y a pas encore d'enseignement officiel et spécial pour l'obstétrique. Ces matrones, appelées ***tori aghe baba***, sont répandues en grand nombre dans les villes et dans les campagnes, où elles sont

principaux de la maladie, aborder les questions qui se rattachent au diagnostic différentiel.

D'une manière générale, les affections qui s'accompagnent de dyspnée, avec une toux plus ou moins rauque et altération de la voix, peuvent, dans une certaine mesure, simuler le croup; aussi voit-on qu'on est exposé à le confondre avec la laryngite striduleuse ou faux croup, la laryngite grave et l'œdème de la glotte. On a même cru devoir faire le diagnostic différentiel d'avec la bronchite capillaire.

Prenons, pour commencer, la maladie qui ressemble le plus au croup : la laryngite striduleuse, dont je vous ai fait voir quelques exemples dans les salles.

Si avec des symptômes laryngés vous constatez la présence de fausses membranes dans l'arrière-gorge, vous êtes autorisés à diagnostiquer presque à coup sûr l'invasion du larynx par la diphthérie. Mais si, alors que ces symptômes existent, il y a absence d'angine, vous pouvez être embarrassés pour dire s'il y a un croup débutant d'emblée par le larynx, ou bien s'il s'agit d'une laryngite striduleuse. Les motifs déterminants du jugement à porter se trouvent dans les caractères des symptômes, leur mode d'invasion, leur marche et leurs conséquences. Sous ces rapports, il y a des différences notables entre les deux affections.

Dans le cas de laryngite striduleuse, vous voyez un enfant qui a subi un refroidissement, ou bien a beaucoup joué et crié durant le jour et la soirée, se coucher parfaitement bien portant, et après quelques heures d'un sommeil plus ou moins calme, se réveiller brusquement en sursaut avec une toux rauque, répétée, avec sifflement à l'aspiration et menace de suffocation; ce qui autorisait Guersant à dire : « Le faux croup commence comme le vrai finit. » En effet, dans ce dernier, il y a bien toux rauque, mais celle-ci ne débute pas brusquement, et dans la nuit. Elle ne prend ce caractère que peu à peu, en même temps que la voix s'altère petit à petit, et ce n'est qu'après un jour, deux jours et même plus, que viennent les accès de suffocation et le sifflement laryngé ; alors, comme nous l'avons dit, la toux et la voix sont éteintes.

Dans la matinée qui suit l'invasion nocturne du faux croup, la toux peut devenir facile, grasse, catarrhale, et tout est terminé; mais, fréquemment, elle conserve pendant cette première journée son caractère de raucité, et la nuit suivante voit se reproduire la même scène qui a marqué le début. Mais, il est rare qu'au second jour la sécrétion catarrhale ne s'établisse pas, après quoi on n'a plus que les symptômes

---

généralement assez occupées, grâce à la fécondité des femmes japonaises. Tout leur savoir ne consiste qu'en recettes et pratiques de commère, ce qui n'empêche pas certaines d'entre elles de jouir d'une grande réputation; elles ne ménagent du reste guère la réclame, et j'ai vu quelquefois fixés à leur logement des tableaux sur bois, représentant la matrone en fonctions, avant et après l'opération. J'ai connu une de ces femmes qui, vieille et entièrement aveugle, passait pour un phénix dans sa profession; et quand je demandais à ses clientes comment elles pouvaient se confier à une aveugle, elles me répondaient invariablement : « Bien qu'elle soit aveugle, elle sait beaucoup de choses. »

Si les matrones japonaises ne sont pas d'habiles accoucheuses, elles ne sont pas toujours non plus de bonnes conseilleuses. C'est ainsi, par exemple, qu'elles permettent et même recommandent à leurs clientes de se comprimer le ventre le plus possible pendant toute la durée de la grossesse, dans le but de mettre obstacle au libre développement du fœtus, afin que celui-ci, étant plus petit, l'accouchement se trouve facilité; elles n'aiment pas non plus que les nouveau-nés soient présentés au sein, les deux ou trois premiers jours après la naissance, sous prétexte qu'à cette époque le liquide des mamelles n'est pas du lait, etc. Leurs manœuvres ne sont pas toujours inoffensives, témoin le fait suivant que je citerai, parce que ce fut la femme d'un officier de ma connaissance qui en fut la victime. Comme le travail était un peu lent, le mari craignit quelque complication, et décida sa femme à recevoir, malgré ses répugnances, la visite du docteur Savatier, mon prédécesseur. Celui-ci, trouvant qu'il n'y avait rien d'anormal, dit qu'il n'y avait qu'à attendre avec un peu de patience. Certes, ce n'est pas la patience qui manque aux Japonais; mais la matrone, vexée de l'intervention d'un médecin étranger, voulut faire un coup de maître, et déclara qu'elle allait faire naître l'enfant tout de suite. Sur ce, elle se mit à malaxer et à comprimer l'abdomen de toutes ses forces, si bien que le résultat ne se fit pas attendre; l'enfant fut expulsé, mais la mère mourut en quelques

d'une laryngite, puis d'une bronchite catarrhale, sans accès de suffocation et même sans dyspnée continue bien marquée. Le doute ne peut donc durer longtemps dans le cas de laryngite striduleuse (sauf des exceptions très-rares).

Dans le croup, au contraire, les symptômes ne cessent ni ne se modifient de cette façon. La voix et la toux, de rauque qu'elles ont pu être, s'éteignent; s'il s'est produit un accès de suffocation, il ne manque guère d'être suivi d'un et de plusieurs autres, en général de plus en plus forts; puis, dans l'intervalle de ceux-ci, il existe une dyspnée permanente, etc., ensemble de symptômes dont les caractères et la marche progressivement croissante ne permettent pas de méconnaître la laryngite pseudo-membraneuse. Le doute n'est guère permis, surtout si on a été à même d'observer personnellement l'invasion et la marche des accidents. Mais il faut savoir que, dans certains cas très-rares, comme je viens de le dire, les symptômes de la laryngite striduleuse ont un caractère de persistance et de gravité telles, la dyspnée et l'asphyxie qu'elle détermine sont portées à un si haut point, que le médecin, même le plus expérimenté, croit à l'existence d'un croup et agit en conséquence.

Trousseau a fait l'autopsie d'un enfant chez lequel il avait diagnostiqué un croup et dont le larynx ne présentait qu'une inflammation simple; en pareil cas, on peut être amené à faire la trachéotomie, et il n'y a pas lieu de la regretter, car, sans cette opération, l'enfant pourrait mourir asphyxié.

Dans la laryngite grave, les symptômes inflammatoires sont plus sérieux que dans le croup. La fièvre est plus intense, la douleur plus vive au niveau du larynx; la toux et la voix n'ont pas d'ailleurs les mêmes caractères que dans le croup. Si la laryngite grave va jusqu'à provoquer une dyspnée intense et des accès de suffocation qui menacent la vie, on pourra hésiter à se prononcer; mais, dans ces conditions, une erreur de diagnostic serait peu à regretter, puisque l'indication de la trachéotomie existerait dans l'un et l'autre cas. Nous n'avons pas eu un seul cas de laryngite grave dans nos salles, et cette maladie est fort rare chez les enfants.

Dans l'œdème glottique comme dans le croup, l'inspiration est beaucoup plus difficile que l'expiration, mais, dans l'œdème, cette opposition est peut-être encore plus prononcée. Les accès de suffocation sont beaucoup plus espacés; la marche de la maladie est beaucoup plus lente que dans le croup. Les symptômes simulant le

---

minutes d'une hémorrhagie foudroyante, sans doute provoquée par quelque rupture de l'utérus.

Mais il y a pis encore : Il paraît certain que le plus grand nombre des matrones se livrent à la pratique des avortements. Certaines en font même une spécialité, et alors elles sont désignées sous le nom particulier de *orochi baba*. Cette pratique est devenue très-commune au Japon, favorisée probablement par la grande facilité de mœurs et la dépravation qui règnent dans les classes inférieures; elle se faisait pour ainsi dire ouvertement; mais, depuis deux ans, le gouvernement japonais, qui essaye d'appliquer à son peuple un Code de lois calqué sur le Code français, a interdit la pratique des avortements, jusque-là tolérée et tacitement approuvée. Mais il est bien possible que les décrets rendus à ce sujet restent, comme tant d'autres, presque à l'état de lettre morte; parce que, d'une part, il y a trop de personnes intéressées à ce que cette pratique se continue, et que, d'autre part, c'est une très-vieille coutume qui n'entraîne pas la même idée de déshonneur et de culpabilité que dans les pays d'Europe. Quant aux moyens de provoquer l'avortement, ils consistent tantôt en médicaments ou drogues, tantôt en manœuvres directes. La substance la plus communément employée par les accoucheuses est l'épurge (*Euphorbia lathyris*), à l'aide de laquelle elles cherchent à produire des vomissements et une purgation violente. Nombre de médecins, qui ne dédaignent pas de faire concurrence aux matrones, s'adressent aussi aux préparations de sabine. Les manœuvres consistent dans la ponction de l'œuf, à travers le col utérin, au moyen d'une lame de fer, étroite et pointue, qui porte le nom significatif de lance à avortements. A la place de cet instrument, on se sert aussi parfois d'une sorte de bougie ou sonde, de la forme d'une sonde en gutta-percha, assez rigide, tout en étant un peu flexible et non cassante; elle serait fabriquée avec le ligneux de quelques plantes et un encollage dont je n'ai pu apprendre la composition. En résumé, au Japon, les accouchements sont abandonnés à des mains inexpérimentées, et il est difficile de prévoir la fin de cet état de choses.

(*A suivre.*)

Dr VIDAL,
Médecin de l'arsenal impérial maritime
de Yokoska (Japon).

croup se développent au cours d'une affection chronique du larynx (simple, syphilitique ou tuberculeuse), ou bien ils surviennent en même temps qu'existe une anasarque. Si d'ailleurs on porte le doigt jusque sur l'ouverture supérieure du larynx, on peut constater le gonflement des ligaments aryténo-épiglottiques.

Si l'œdème de la glotte survient au cours d'une hydropisie aiguë, et que celle-ci ait succédé à la scarlatine, les accidents de suffocation qui en résultent sont de nature à mettre dans le plus grand embarras, et on peut croire à un croup secondaire. Heureusement que ces faits sont rares et que d'ailleurs, en pareille occurence, la conduite du médecin doit se régler sur l'intensité de la dyspnée.

Je ne crois pas devoir insister sur le diagnostic différentiel d'avec la bronchite capillaire. Le doute n'est possible qu'à la période dyspnéique; or, dans la bronchite profonde, il ne s'agit point d'une dyspnée laryngée; ici la respiration est très-fréquente; pas de dépression sus-sternale ou costale au moment de l'inspiration, l'ampliation de la poitrine se fait, bien que d'une manière incomplète, à cause de la rapidité des mouvements respiratoires. La fièvre de la bronchite capillaire est très-intense, et l'auscultation permet de lever tous les doutes.

(A suivre dans un prochain numéro.)

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

Hôtel-Dieu. — M. le professeur RICHET.

DES KYSTES TRAUMATIQUES DE L'ABDOMEN; — KYSTE SÉRO-SANGUIN TRAUMATIQUE DE L'ÉPIPLOON GASTRO-HÉPATIQUE; — AUTOPSIE.

Leçon recueillie par M. T. PIÉCHAUD, interne du service (1).

Messieurs,

Le malade qui présentait un kyste abdominal, et que j'avais opéré par la ponction simple, a succombé, il y a quatre jours, aux suites de l'opération. Les lésions anatomiques constatées à l'autopsie doivent être aujourd'hui, pour tous, l'objet de réflexions sérieuses. Si nous avons, en effet, rencontré par hasard un cas presque unique, nous pourrons, instruits par son étude, nous tenir en garde à l'avenir contre toutes les complications qui peuvent être la conséquence du traitement généralement institué, et ce sera beaucoup que d'avoir ajouté à l'histoire des kystes de l'abdomen, jusqu'à présent incomplète, un chapitre qui pourra guider dans les cas difficiles.

Vous avez tous présente à l'esprit l'histoire de notre malade : il est transporté d'urgence à Saint-Louis pour un traumatisme qui paraissait très-grave. Là, on constate plusieurs fractures des fausses côtes à gauche, lesquelles guérissent en un mois, sans offrir rien de remarquable à noter, au dire du malade du moins. Quelques semaines plus tard, alors que des douleurs très-vives qui étaient apparues dans le côté, après l'accident, persistaient encore, une tumeur se développe vis-à-vis le point où avaient eu lieu ces fractures, c'est-à-dire au-dessous du diaphragme. Admis à l'Hôtel-Dieu en janvier dernier, il subit une première ponction qui amène un liquide séro-sanguin, et, peu de temps après, le liquide se reproduit. C'est alors que, observant pour la première fois le malade, le 15 mars, je posai le diagnostic suivant : Kyste séro-sanguin ayant pour origine probable une déchirure du foie. Me servant d'une comparaison qui devait vous expliquer ma pensée, je disais : Ce kyste s'est développé comme le ferait un anévrysme faux, alors que le sang, après avoir fusé plus ou moins loin dans les tissus voisins, finit par s'enkyster dans des parois qui ne sont autres que ces mêmes tissus doublés d'une membrane de production nouvelle.

Je n'insiste pas sur les soins qui ont précédé l'opération, et qui ont été décrits dans la leçon précédente; j'arrive de suite au fait qui, pour vous, sera d'une grande

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 21 juillet.

utilité par les considérations pratiques qu'il entraîne à sa suite, et que je vous développerai. Je dirai d'abord que l'autopsie a en partie vérifié mes prévisions : il ne s'agit plus, sans doute, d'un kyste provenant d'une déchirure du foie; mais le diagnostic subsiste dans son essence : la pathogénie que je vous avais indiquée ne se trouve pas en défaut, si vous faites abstraction de l'organe; vous verrez même que notre tumeur s'était développée si près du foie, auquel elle adhérait, qu'il nous a été bien difficile d'affirmer sa situation exacte, alors même que nous avions les pièces sous les yeux.

Veuillez bien, maintenant, faire un retour sur ma dernière leçon. En terminant, que vous disais-je? Il est nécessaire de ne laisser échapper que peu de liquide à la fois, pour éviter la rupture des adhérences, laquelle serait facilement produite par le retrait brusque de la poche; car, pour ces sortes de tumeurs, il me semble difficile qu'il ne se fasse pas quelque chose d'analogue à ce que l'on voit se produire dans les ponctions de la vessie. Cet organe, en effet, se rétractant après la ponction abdominale à mesure qu'il se vide, et dès lors s'éloignant beaucoup des parois avec lesquelles il se trouvait momentanément en contact, il peut se faire que la canule s'échappe, et que l'urine s'épanche dans le tissu cellulaire prévésical.

Ces prévisions n'étaient que trop justes; car c'est ainsi que le liquide du kyste de notre opéré, après déchirure des adhérences, a dû s'épancher dans le péritoine, la canule ayant probablement laissé filtrer sur ses côtés un peu du liquide. Lorsque j'eus introduit le trocart, vous vous souvenez, en effet, que le liquide jaillit à la distance d'un mètre au moins, poussé par la tension des parois du kyste. Malgré toutes les précautions prises, malgré un bouchon immédiatement placé, je crains qu'il ne se soit à ce moment trop écoulé de liquide; peut-être encore (chose contre laquelle on ne saurait trop désormais se mettre en garde en pareil cas), peut-être, dans le trajet si long de l'amphithéâtre au lit de la salle, a-t-on trop remué, trop secoué le malade. Toujours est-il que, peu de temps après la ponction, une douleur vive se déclara dans le ventre. Dans la journée, ayant eu l'occasion de revenir à l'Hôtel-Dieu pour des examens, mon premier soin fut de visiter cet homme. Il souffrait beaucoup. Je retirai le bouchon qui fermait la canule : un jet de liquide hématique, presque aussi violent que celui qui suivit l'opération, mais moins abondant, sortit tout à coup. Peu de temps après, la douleur avait diminué; mais dans la soirée, vers cinq heures, l'interne du service, constatant un nouveau malaise, pensa avec raison qu'il fallait évacuer une nouvelle quantité de liquide. Selon la recommandation que je lui avais faite, il retira donc le fosset : nouvelle irruption de 50 à 60 grammes de liquide.

Le lendemain, à la visite, nous trouvâmes le malade assez bien; il était seulement très-pâle; la température marquait 38° 1/2; le ventre était un peu tendu, et dans le côté gauche, au-dessous du diaphragme, existaient des douleurs, moins fortes que la veille, mais revenant encore par crises. Rien ne s'écoulait plus par la sonde, qui était cependant bien évidemment dans le kyste, puisqu'une injection d'eau tiède en ressortit immédiatement avec impétuosité. C'est à partir de ce moment que le mal va faire des progrès. Le soir du même jour, l'état général est déjà plus mauvais : les injections faites dans le kyste ne provoquent, il est vrai, aucune douleur, et ressortent entièrement et sans coloration par la canule, preuve évidente qu'elle n'a pas perdu ses rapports avec la poche et que celle-ci est bien vidée, que ses parois élastiques sont entièrement rétractées; mais il est bien probable qu'une certaine quantité du liquide kystique a dû filtrer entre les parois de la canule et l'ouverture du kyste et se répandre dans le péritoine à travers les adhérences déchirées.

En effet, la température s'élève à 39° 3 dixièmes, et le ventre est plus douloureux à la pression.

Le deuxième jour, sans qu'il y ait de vomissements, de hoquets, la péritonite est évidente, et il n'est personne d'entre vous qui, à première vue, ne puisse la constater, en présence des symptômes locaux, tels que ballonnement du ventre, douleur

à la pression, et de l'état général qui s'accuse de plus en plus mauvais, avec une température de 39°,8.

Le troisième jour, l'affaiblissement ayant augmenté, tandis que la température reste encore assez élevée, nous voyons le malade, sans agitation, sans douleurs bien vives, peu à peu s'éteindre, comme si, terrassé par une complication aussi rapidement développée, il avait eu dès le début ses forces épuisées. A cinq heures du soir, la température est descendue à 38°.

Dès l'apparition des premiers symptômes, mon opinion sur la cause des accidents était faite. La péritonite était pour moi le résultat du décollement des parois du kyste, et, dans tous les cas, vous disais-je, du liquide avait dû pénétrer dans le péritoine. Lorsque nous avons ouvert le sujet, nous avons trouvé l'intestin grêle rouge sur une très-vaste étendue, principalement du côté de l'hypochondre gauche : cette rougeur se présentait sous l'aspect de fines arborisations; mais tout paraissait s'être limité à la première période de l'inflammation; car les surfaces étaient sèches, et l'on ne rencontrait pas encore de liquide épanché entre les circonvolutions intestinales.

Dans le petit bassin, pas la moindre lésion; çà et là seulement, en plusieurs points et disséminées par plaques tout autour de la vessie, le péritoine offrait des taches pigmentées nombreuses, semblables à celles qu'on trouve dans les poumons sous la plèvre, et que nous avons immédiatement attribuées à la résorption d'anciens foyers hémorrhagiques. Retenez bien ce fait, il nous servira tout à l'heure, lorsque nous reviendrons sur la pathogénie de notre kyste, à en préciser l'origine.

Vis-à-vis le kyste, la paroi abdominale était encore adhérente partiellement aux parties profondes; la rougeur et l'irrégularité des surfaces tout autour des parties qu'avait traversées le trocart ne laissaient aucun doute sur la nature des adhérences qui avaient existé, elles avaient été rompues à un moment donné; entre la paroi abdominale et le kyste, il existait une assez grande distance.

En examinant les viscères restés en place, on voyait, au-dessus de la petite courbure de l'estomac, l'épiploon gastro-hépatique occupé par le kyste. En soulevant le bord tranchant du foie, nous vîmes que cet organe restait étranger à la constitution de la tumeur, et qu'il lui adhérait simplement par des brides cellulo-fibreuses. La dissection seule devait nous faire découvrir l'organe primitivement affecté. Après une longue et laborieuse dissection, nous avons enlevé une masse comprenant la partie du foie adhérente, l'estomac avec les deux premières parties du duodénum, la portion droite du côlon, la rate et tout ce qui limite l'arrière-cavité des épiploons jusqu'à l'aorte et la veine cave inférieure. C'est au milieu de ces parties que nous avons trouvé les parois kystiques occupant la face postérieure de l'estomac et la presque totalité de l'épiploon gastro-hépathique, de telle sorte que la tumeur était limitée en haut par le foie, en bas par le pancréas, en avant par l'estomac et surtout le petit épiploon : il était facile de comprendre que, développé au centre même des feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, le kyste avait, par sa distension, simplement atteint les parois de l'estomac, sans intéresser sa texture et dissocier ses tuniques. Tout autour de ces parties, la rate, les reins, le pancréas lui-même, étaient sains et dans leur situation normale.

Ouvrant ensuite le kyste, nous avons vu qu'il ne contenait plus de liquide, que ses parois étaient très-épaisses (3 millim. environ), et que sa surface interne, chagrinée et tomenteuse, était couverte de taches ecchymotiques.

La préparation histologique des parois a été faite par nos chefs de laboratoire, MM. Debove et Marcano; elle démontre d'une façon péremptoire qu'il s'agit bien du tissu même de l'épiploon. Ceux d'entre vous qui voudront, après la leçon, non-seulement étudier les pièces, qui sont soigneusement conservées et préparées, mais encore prendre connaissance des préparations micrographiques, y verront des travées conjonctives, avec de nombreuses cellules plates : aucun autre élément ne s'y trouve en plus.

Eh bien, Messieurs, je dis que c'est là un fait unique de kyste séro-sanguin de l'épiploon gastro-hépatique. De tout temps, la question des kystes abdo-

minaux a préoccupé les pathologistes; les épanchements sanguins eux-mêmes ont été bien décrits, mais il est à peine fait mention de cet enkystement séro-sanguin dont nous avons sous les yeux un aussi bel exemple. C'est ainsi que J.-L. Petit fils, étudiant cette question des épanchements sanguins abdominaux, dans un travail plein d'observations, parle toujours de la diffusion de l'hémorrhagie, sans citer un seul cas où elle aurait eu pour conséquence la formation d'un kyste.—Si donc nous considérons l'histoire de notre malade, et si nous en rapprochons les détails de la nécropsie, le diagnostic de kyste hématique, que j'avais porté avant l'opération, ne saurait être mis en doute. En effet, un traumatisme se produit; puis sur son point d'application se développe bientôt un kyste. Une première ponction est faite: on obtient un liquide séro-sanguin; plus tard, ce même liquide devient foncé. Que découvrons-nous ensuite à l'autopsie? Tous les caractères d'un kyste sanguin, puis des traces irréfutables d'un épanchement sanguin dans le petit bassin, où les collections sanguines de l'abdomen se donnent pour ainsi dire rendez-vous après l'hémorrhagie. Évidemment, le traumatisme violent, en fracturant plusieurs côtes, en déprimant et contusionnant les parois abdominales et les parties situées immédiatement au-dessous, a déterminé la rupture de nombreux vaisseaux, et parmi eux quelques-uns, probablement assez volumineux, appartenaient au petit épiploon, et, selon le mode que je vous ai indiqué, l'hémorrhagie s'est cloisonnée et a donné, dans la suite, naissance à un véritable kyste hématique circonscrit.

Si, maintenant, j'avais à ajouter quelque chose à ce qui vient d'être dit, ce serait un conseil que tous vous avez déjà pu prévoir. Qu'auriez-vous à faire si pareil cas se présentait dans votre pratique? Après avoir, par les caustiques, cherché à établir les adhérences qui doivent rendre la ponction inoffensive, vous ferez cette ponction *au lit même du malade*, pour éviter que, par des secousses, on s'expose à déterminer la rupture des adhérences et, par conséquent, l'issue des liquides dans le péritoine. Cet accident serait d'autant plus à redouter, que vous auriez à traiter un kyste tendu et à parois élastiques, comme l'était le nôtre, c'est-à-dire un kyste hématique. Vous proposant de laisser à demeure dans la plaie un tube évacuateur, que feriez-vous encore? Vous choisiriez une canule, non pas semblable à celle que j'avais fait construire, car elle me paraît défectueuse, mais analogue à celle dont se servait mon regretté confrère le docteur Bardinet (de Limoges) pour les ponctions de la vessie. Cette canule, à son extrémité, se trouve munie de deux valves qui se redressent au moyen d'une vis, de la même manière que la curette articulaire de Leroy (d'Étiolles) pour extraire les corps étrangers de l'urèthre. Lorsqu'on retire le trocart, quelques tours de la vis suffisent pour redresser les deux valves, et, dès lors, l'instrument ne peut plus s'échapper du kyste. D'autre part enfin, son volume, assez considérable, prévient toujours, par la pression qu'il exerce sur les tissus traversés, l'issue des liquides dans la cavité du péritoine.

PHYSIOLOGIE

PHYSIOLOGIE DES SONS DE LA PAROLE (1);

Mémoire lu à la Société de linguistique de Paris, dans le courant des mois de mai et juin 1877,

Par le docteur Édouard FOURNIÉ,

Médecin de l'Institution nationale des sourds-muets.

Deuxième région. — Dans cette région, la base de la langue se rapproche plus ou moins de la voûte palatine pour donner naissance, soit à un soufflement (jota espagnol), soit à un murmure oral (*g*, goulu), soit à un murmure nasal (*ng*, longueur), soit à une demi-explosion (*g*, gardien), soit à une vibration exécutée par le voile du palais terminé par la luette et constituant la lettre R *gutturale*, soit, enfin, à une explosion : K; le mouvement, c'est-à-dire l'éloignement brusque de la langue, limite et complète chacune de ces lettres.

Troisième région. — Des bruits et des mouvements analogues aux précédents, mais exé-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 17 juillet.

cutés par la partie moyenne de la langue s'éloignant du palais, donnent naissance à la soufflante CH, à la murmurante orale j, à la nasale gn; à la demi-explosive dj, à l'explosive tch.

Quatrième région. — L'extrémité de la langue, par son rapprochement et son éloignement de la voûte palatine, donne naissance à des mouvements et à des bruits analogues caractérisés par les lettres S (sifflement), Z (murmure oral), N (murmure nasal), D (demi-explosive), T (explosive); à cette région appartient le R antérieur formé par la vibration d'un des côtés de la langue.

Cinquième région. — Cette région, formée par le rapprochement et l'éloignement du bout de la langue par rapport aux dents, ne fournit que trois lettres : le th anglais (murmurante orale), le DZ (demi-explosive), et le ts (explosive).

Sixième région. — Cette région est formée par le rapprochement de l'extrémité de la langue contre le palais, et de telle façon que le murmure oral puisse s'écouler par les côtés de la langue. Elle ne fournit que deux lettres : L simple, résultant du contact de l'extrémité de la langue avec la voûte palatine; LL double ou mouillé formé par le contact de la surface antérieure de la langue avec le palais.

Septième région. — Les rapports des lèvres avec les dents ne fournissent que deux consonnes : une sifflante, le F, et une murmurante orale, le V.

Huitième région. — Les lèvres fournissent une murmurante nasale, le M; une demi-explosive, le B; une explosive, le P.

On voit, d'après la description qui précède, qu'en tenant compte des deux éléments qui concourent à la production des consonnes, la disposition des parties et les divers phénomènes sonores, on arrive facilement à expliquer la formation de chacune d'elles. C'est sur cette considération d'ailleurs que repose la seule classification logique des consonnes.

Classification physiologique des consonnes.

RÉGIONS	Soufflantes.	Murmurantes orales.	Murmurantes nasales.	Vibrantes.	Demi-explosives.	Explosives.
Glottique	H					
Linguo-palatine postérieure..	jota (espagnol)	g gueusli	ng longueur	R	g (gamin)	K
Linguo-palatine moyenne ...	Ch chat	j jardin	gn seigneur		dj adjuvant	tch
Linguo-palatine antérieure ..	S	Z	N	R	D	T
Linguo-dentale.		th anglais			DZ	TS
Linguo-palatine latérale		L LL				
Labio-dentale.	F	V				
Labiale......			M		B	P

Un simple coup d'œil jeté sur le tableau suffit pour faire comprendre les avantages de notre classification. Si on lit le tableau dans le sens horizontal, l'on trouve sur la même ligne toutes les consonnes qui sont effectuées par le mouvement des mêmes parties; si, au contraire, on le lit dans le sens vertical, on rencontre toutes les consonnes qui sont accompagnées, dans leur formation, d'un phénomène sonore analogue. De cette manière, chaque lettre se trouve en regard des deux facteurs qui lui donnent naissance.

Cet avantage n'est pas le seul. Les conditions physiologiques qui servent de base à notre classification nous ont permis de supprimer certaines consonnes dont le double emploi est évi-

dent, telles que c, q, x, y, et d'ajouter quelques signes qui font défaut dans notre alphabet : *dj, ch, g,* (murmurante orale), *ng, gn, tch, th,* DZ, *ts.* Cette addition est une conséquence naturelle et forcée de notre classification. En considérant, en effet, les phénomènes sonores qui accompagnent les consonnes dans chacune des huit régions qui effectuent les mouvements, nous avons constaté que la production de ces phénomènes n'est pas possible dans toutes les régions indistinctement : ni les explosives, ni les murmurantes nasales ne sont possibles dans la région labio-dentale. Par contre, le même examen nous a permis de reconnaître que certaines régions, veuves de signes graphiques, sont en état d'en recevoir, vu qu'elles peuvent produire le même phénomène sonore qui, dans d'autres régions, représente une consonne. C'est ainsi que nous avons pu compléter notre alphabet. Quelques-unes de ces lettres ne sont pas usitées dans notre langue, mais elles le sont ailleurs. Nous n'avons qu'une crainte, c'est d'avoir négligé quelque signe usité dans des langues qui nous sont inconnues. Si cette omission existe, il sera facile de la réparer; car un des avantages de notre classification consiste à se prêter à de nouvelles additions, si elles étaient jugées nécessaires.

Pour le moment, l'alphabet, tel que nous l'avons exposé, renferme 44 lettres, 16 voyelles et 28 consonnes.

Les questions que nous venons de résoudre dans ce travail intéressent la physiologie et la linguistique. Mais, à côté de la vérité démontrée, il y a deux enseignements que nous indiquerons en terminant :

1° En physiologie, la recherche des faits est indispensable, et c'est le premier soin qui doit nous occuper. Mais qu'est-ce qu'un fait par lui-même, s'il n'est judicieusement interprété? A peu près rien. La prononciation d'une lettre est un fait très-simple et accessible à l'observation de tous; des hommes d'une grande compétence ont soumis ce fait à leurs lumières : les uns nous ont présenté la formation des lettres sous forme d'images, sans se douter que, pour chaque lettre, il y a une variation possible des parties, renfermée néanmoins dans certaines limites; les autres ont soumis la même formation à l'analyse des appareils enregistreurs, sans paraître s'apercevoir que, en agissant ainsi, ils ne faisaient que reproduire, sous forme graphique, les mêmes difficultés que nous trouvons dans l'appareil vocal lui-même. Qu'est-il résulté de ces efforts au point de vue de la vérité physiologique? De la confusion et des opinions contradictoires.

Cela tient à ce que, dans la recherche des faits, on néglige trop les lois qui les dominent. Ces lois seules permettent de donner aux faits une signification précise, et de les rattacher ainsi à l'édifice scientifique.

2° La connaissance physiologique de la formation des sons de la voix et des lettres est indispensable au linguiste. Mais ce serait une erreur de penser que la structure anatomique du larynx peut avoir quelque influence sur la formation des différentes langues. Que le larynx soit gros ou petit, long ou large, peu importe; car les sons qu'il produit peuvent être faibles ou intenses, bas ou élevés, sans que les lettres, qui toutes se forment dans le tuyau vocal, soient modifiées dans leur caractère spécifique.

A notre avis, et considérant que le langage est une fonction dont l'excitant et le but principal sont à l'extérieur; considérant encore que les différentes races présentent des manières différentes de traduire leurs impressions, nous pensons que l'on doit rechercher la cause des différentes langues : 1° dans les conditions du milieu extérieur; 2° dans les aptitudes cérébrales des différentes races.

La première de ces causes n'est pas douteuse pour nous, quand nous comparons le langage *fermé* des peuples de l'extrême Nord avec le langage *ouvert* des peuples du Sud. Les premiers, sous l'influence rigoureuse du climat, prononcent en dedans, les lèvres entr'ouvertes; les seconds, au contraire, épanchent au dehors tout ce qu'ils ont de souffle, sous une influence opposée.

Quant à la seconde cause, elle n'est pas moins certaine; mais elle est si vaste dans ses conditions et dans ses effets, que nous ne saurions en dire autre chose, si ce n'est qu'elle comprend l'histoire psychologique de tous les peuples. Quand la physiologie et la linguistique seront des sciences plus complètes, on pourra faire cette histoire.

JOURNAL DES JOURNAUX

Fœtus de 6 mois atteint de variole, par M. BOUTEILLIER. — Le fœtus présenté à la Société de médecine de Rouen provient d'une dame âgée de 31 ans, vaccinée dans son enfance. Elle fut atteinte de variole le 24 octobre 1876, pendant sa troisième grossesse, et avorta le 21 décembre suivant. Le fœtus porte une éruption généralisée de belles pustules ombiliquées

siégeant surtout à la région dorsale. Cette observation est remarquable par l'écart de temps qu'il paraît y avoir eu entre l'époque de l'invasion de la variole chez la mère et celle probable de l'invasion chez le fœtus.

A ce sujet, le docteur Pennetier rapporte avoir donné des soins à une dame atteinte de variole pendant la grossesse. Cette dame accoucha d'un enfant sain et qui vécut, mais il resta réfractaire à plusieurs tentatives de vaccination.

Au sujet de ces cas, M. Thierry fait les remarques suivantes : 1° La variole est rare chez le fœtus de 6 mois, c'est ordinairement au huitième ou neuvième mois qu'elle se déclare; — 2° les pustules de la variole fœtale sont peu nombreuses à la face, tandis qu'elles peuvent être confluentes dans les autres régions du corps; — 3° relativement à l'influence de la variole de la mère sur l'aptitude que l'enfant aura plus tard à contracter cette maladie, l'observation a enseigné d'une manière générale, que la variole doit être contractée par la mère avant le septième mois de sa grossesse pour que l'enfant devienne réfractaire à la maladie; après le huitième mois, la même immunité n'est plus acquise au fœtus et à l'enfant; — 4° l'évolution de la variole semble se faire plus lentement pendant la vie intra-utérine qu'après la naissance, et cette plus grande longueur semble appartenir à l'incubation, qui peut avoir un mois de durée. Il existe des observations de fœtus varioleux avortés deux mois après la variole de la mère. Dans la thèse de Laurens (Paris 1871), il est question d'une femme qui accoucha d'un enfant varioleux, quarante et un jours après avoir été en contact avec une femme atteinte de variole et sans qu'elle eût même contracté la maladie. Les pustules de l'enfant annonçaient le septième ou dixième jour au plus, d'où l'on peut conclure que chez ce dernier la période d'incubation intra-utérine aurait été de 31 jours au moins. Enfin, on a cité des cas de grossesses gémellaires chez des femmes n'ayant pas eu la variole, et dans lesquelles un seul fœtus naissait varioleux. M. Chantreuil cite un fait semblable. (*Union médicale de la Seine-Inférieure.* Rouen, 15 avril 1877, pages 61 à 66.) — H. H.

Albuminurie. Attaques convulsives revenant à de longs intervalles pendant cinq ans. Mort. Autopsie, par M. Hanot. — Dans cette observation, on n'observa pas seulement les lésions de la néphrite interstitielle, mais aussi celles de la sclérose hépatique et splénique, de sorte qu'on pouvait dire qu'il y avait sclérose viscérale généralisée. De plus, il y avait une athéromasie généralisée du système artériel, fait en faveur de la théorie d'auteurs anglais, Gull, Sutton, etc., qui considèrent la néphrite interstitielle comme une des conséquences secondaires de lésions artérielles primitives. La généralisation de ces lésions s'harmonise peu avec la conception de la sclérose du rein en tant que maladie autonome, indépendante, et tend à l'englober dans un complexus où se trouverait intéressé dès le début l'organisme tout entier.

Dans cette observation, il est rationnel au premier abord de rattacher à l'urémie les accidents nerveux présentés par les malades; mais ils peuvent aussi s'expliquer par les lésions cérébrales trouvées à l'autopsie, par les plaques de ramollissement qui ont pu se produire successivement lors de chaque attaque, évidemment subordonnées à l'athérome artériel. Sans doute, la température s'est abaissée pendant l'attaque, mais un peu moins que dans l'urémie franche; de sorte que la véritable interprétation des accidents nerveux peut parfois présenter des difficultés dans la sclérose rénale. (*Arch. de méd.*, fév. 1877.) — H. H.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 28 mars 1877. — Présidence de M. Rougon.

Sommaire. — Correspondance. — Élections. — Rétablissement des placements volontaires dans les asiles de la Seine. — Apoplexie : Question de responsabilité. — Les matières colorantes insalubres : Rapport de la commission. — Influence de la pharmacie actuelle sur la santé publique.

Correspondance : *Revue médicale de Toulouse.* — *Bulletin* médical du nord de la France. — *Bulletin de thérapeutique.* — *Bulletin* de la Société des sciences médicales de Gannat. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*

Par l'organe du Président de la Société médico-pratique, la bibliothèque de la Faculté de médecine demande l'envoi de la collection des *Bulletins.* (Adopté.)

Élections : MM. Michel (Adrien), Cyr (Jules), sont élus membres titulaires, et M. Viry (Charles), membre correspondant.

Rétablissement des placements volontaires dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

M. Collineau : Dans le cours de l'année 1873, un des membres de la Société, M. Donadieu, communiqua, il vous en souvient, Messieurs, l'observation d'une femme qui, atteinte de folie puerpérale, et dans des conditions à être placée à l'asile Sainte-Anne, dut, conformément aux règlements en vigueur, passer au préalable par la préfecture de police, et séjourner de longues heures dans une des cellules de l'infirmerie du Dépôt. La pénible impression que lui causa ce séjour se traduisit par une aggravation des troubles cérébro-psychiques, la fièvre s'alluma, et, en dépit des soins aussi intelligents que dévoués dont elle fut l'objet au bureau de répartition de l'asile Sainte-Anne, au bout de trois semaines la malade succomba.

Justement frappée de ce fait, la Société médico-pratique institua une commission composée de MM. de Ranse, Donadieu, et Collineau, rapporteur, à l'effet de déterminer la nature exacte des dispositions légales et administratives régissant l'admission des aliénés dans les asiles publics du département.

Dans la séance du 3 décembre 1873, cette commission présenta son rapport publié dans l'Union Médicale (3e série, 1873, tome XVIe, page 49), dont les conclusions étaient celles-ci :

1° Conformément à la loi : rétablissement des placements volontaires dans les asiles publics du département de la Seine ;

2° Conformément à la loi : séparation absolue des aliénés d'avec les prévenus, et, à cet effet, construction à proximité de la préfecture de police, et sur le modèle du Bureau central de Sainte-Anne, d'un établissement spécial et isolé destiné à la réception des aliénés pour lesquels il est demandé le placement d'office.

Vous avez adopté ces conclusions, et, de plus, à l'unanimité des membres présents, la Société décida que le rapport tout entier serait publié, et qu'un certain nombre d'exemplaires serait adressé à M. le préfet de la Seine, à MM. les membres du Conseil général du département, et à la préfecture de police.

Enfin, par une lettre-circulaire, vous invitiez les différentes Sociétés médicales de Paris à mettre la question à l'étude et à statuer de leur côté sur l'état de choses existant.

La Société médico-psychologique, notamment, ne pouvait manquer de prendre l'initiative d'une enquête sur un sujet ressortissant aussi directement à l'ordre habituel de ses travaux. Sans plus de retards, dans sa séance du 28 janvier 1874, la Société médico-psychologique institua en effet, à son tour, une commission composée de MM. Blanche, Brochin, Charles Loiseau, Lunier et Magnan, chargée d'examiner les divers modes de placement des aliénés dans les asiles publics de la Seine, et de présenter un rapport sur cette question.

Le 26 octobre suivant, le rapport fut lu par M. Blanche (voir *Annales médico-psychologiques*, cinquième série, t. XIII, p. 99), sous le titre suivant : *Des placements volontaires dans les asiles d'aliénés de la Seine.* Le rapport concluait ainsi : « La Société médico-psychologique aura l'honneur de demander au Conseil général de bien vouloir décider que les placements volontaires (art. 8) des pensionnaires assimilés au régime commun, ainsi que ceux prévus par l'article 25 de la loi du 30 juin 1838, seront rétablis dans le département de la Seine. »

Dans la séance extraordinaire du 30 octobre suivant, ces conclusions étaient adoptées.

Eh bien, Messieurs, je suis heureux de pouvoir aujourd'hui vous en faire part ; le vœu formulé tour à tour par deux Sociétés scientifiques de Paris vient de recevoir satisfaction. Les placements volontaires, qui, administrativement, avaient été suspendus, sont rétablis.

Le Conseil général attribuant 170 places payantes et 160 places gratuites pour les aliénés volontairement placés par leur entourage dans les asiles publics de la Seine pour l'année 1877, n'a pas entendu prendre une mesure définitive. L'intention qu'il a manifestée est de donner une application plus large encore dans l'avenir à une des prescriptions les plus formelles de la loi. Nous ne saurions, ce me semble, rester insensibles à une aussi sage résolution. Elle est le fruit d'une initiative prise au nom de la science et de la légalité. Dans cette initiative, la Société médico-pratique a à revendiquer la juste part qui lui appartient. Sa reconnaissance doit être acquise au Conseil général pour l'accueil qu'il fait à la premiere de ses deux conclusions. La très-active intervention de notre confrère M. Charles Loiseau, dans la circonstance, mérite en particulier nos chaleureux remercîments, et je connais trop bien les traditions de la Société médico-pratique pour penser un seul instant que vous vous en montrerez avares envers lui.

Désormais donc, dit en terminant M. Collineau, les placements volontaires des aliénés, dans les asiles publics de la Seine, s'effectueront conformément aux prescriptions de la loi, c'est-à-dire que toute demande d'admission devra être écrite et reçue soit par le maire de l'arrondissement, soit par le commissaire de police du quartier, à la volonté du postulant.

—

M. Édouard MICHEL communique le fait suivant : Dans le courant de l'année 1875, il fut appelé dans un hôtel pour donner des soins à un vieillard de 72 ans qui venait d'être frappé d'une attaque d'apoplexie. Après environ un mois de séjour à Paris, pendant lequel M. Michel continua à le voir tous les jours, ce malade fut assez bien pour retourner en province. Peu de temps après, il se maria, et enfin il succomba vers la fin de 1876, laissant un testament qui instituait sa femme légataire universelle. Ce testament est attaqué par la famille, à qui diverses circonstances font craindre que son parent n'ait pas joui de la plénitude de ses facultés. Interrogé par un mandataire de la famille, M. Michel a cru devoir taire non-seulement le nom de la maladie, mais encore les circonstances qui ont pu se présenter pendant qu'il donnait des soins à son client. Néanmoins, comme il a été averti que la question lui serait de nouveau adressée, il demande à la Société s'il doit, oui ou non, persister dans son refus, ou s'il peut, vu les circonstances, et sans violer le secret médical, dire le nom de l'affection dont son malade a été atteint.

M. DE RANSE est d'avis que, devant le tribunal, M. Michel peut, et même doit, dans cette circonstance, déclarer la maladie pour laquelle il a été appelé. Il ne faut pas exagérer la portée et les obligations du secret médical. Ces obligations ne sauraient aller jusqu'à rendre, pour le médecin, tout témoignage impossible.

M. DONADIEU demande si le malade, quand M. Michel l'a quitté, était lucide. C'est, selon lui, le point important.

M. LE PRÉSIDENT signale une affaire du même genre traitée à Rennes, et reproduite par M. Tardieu dans ses ouvrages.

M. LEMOINE : Quelques spécialistes n'admettent pas que les hémiplégiques aient la pleine possession de la volonté.

M. DE RANSE : Il serait dangereux d'ériger la doctrine signalée par M. Lemoine en théorie générale. Il rappelle l'exemple de Pinel, qui a eu cinq hémorrhagies cérébrales, et n'en avait pas moins conservé toute la puissance de son intelligence. M. de Ranse croit que M. Michel, en refusant de répondre à la question qui lui sera posée par le tribunal, s'exposerait à être poursuivi par le ministère public et à perdre son procès.

—

Les matières colorantes insalubres. — Substitution à leur emploi des produits végétaux d'une parfaite innocuité. — Rapport de la commission.

M. COMAR : La Société médico-pratique a chargé, dans sa séance du 24 janvier dernier, une commission composée de MM. Rougon, Duroy, Julliard, Édouard Michel, Mouton, Perrin, et Comar, rapporteur, d'examiner un travail présenté par M. le docteur Collineau et M. Savigny, chimiste, ayant pour titre : *Les matières colorantes insalubres : substitution, à ces composés dangereux, de produits d'extraction végétale d'une parfaite innocuité.*

La commission, après de nombreuses séances consacrées à l'étude du travail aussi consciencieux qu'intéressant de M. Collineau, croit devoir lui adresser les plus grands éloges pour l'érudition dont il a fait preuve et pour les recherches qui y sont exposées avec une rare netteté. Elle l'invite à poursuivre ses travaux, et déclare qu'elle le verra, avec la plus grande satisfaction, arriver à un résultat propre à atténuer l'insalubrité qui résulte de l'emploi des matières toxiques, comme couleurs, dans la teinture et les arts industriels.

Pour répondre aux vœux de la Société, la commission s'est occupée du produit nouveau au point de vue hygiénique, laissant intentionnellement de côté les applications industrielles ou purement chimiques, comme étant de nature à l'éloigner du cercle ordinaire de ses travaux.

Néanmoins, et afin de répondre autant que possible au mandat qui lui était confié, elle a assisté aux expériences que MM. Collineau et Savigny ont bien voulu répéter devant elle, et a écouté avec un vif intérêt les détails qu'ils lui ont fournis, tant sur l'origine du produit que sur les services hygiéniques qu'ils le jugent appelé à rendre dans l'industrie des couleurs.

La *cauline*, produit étudié par MM. Collineau et Savigny, est extraite de végétaux indigènes très-communs; soumise à l'influence de certains sels alcalino-terreux, elle donne une série de verts; par les sels d'étain, elle fournit une série de couleurs variant du plus beau violet au rose le plus tendre; mise en contact avec l'acide picrique, elle donne naissance à un vert aussi joli que celui obtenu par la réaction de l'acide picrique sur l'indigo.

Ces résultats ont paru à la commission avoir un intérêt sérieux. Les colorations obtenues ont été jugées fort belles; il y a là, pour l'avenir, un vaste champ d'études qu'elle engage les inventeurs à parcourir, sans qu'il lui soit possible toutefois de rien préjuger ni sur la valeur tinctoriale du nouveau produit, ni sur aucune des nombreuses questions auxquelles son application peut donner lieu.

Tout en affirmant l'intérêt qu'elle prend à voir les auteurs poursuivre le progrès qui pour-

ront être réalisés, cet ordre de faits est tellement en dehors du cercle ordinaire des travaux de la Société médico-pratique, que la commission a cru ne devoir étudier la *cauline* que sous le rapport de son innocuité. Or, sous ce dernier point de vue, voici sa conclusion :

Non encore complétement étudiée, la substance qui a été présentée est extraite d'un végétal indigène comestible, abondant, et, par suite, n'a par elle-même aucune propriété toxique.

En conséquence, la commission, Messieurs, vous propose d'adresser des éloges mérités à MM. Collineau et Savigny, qui, en dehors de leurs travaux professionnels, cherchent à résoudre une des questions les plus intéressantes d'hygiène pratique; et elle désire vivement que leurs efforts soient couronnés de succès.

Le rapporteur, P. COMAR.

— Le rapport est mis aux voix et adopté à l'unanimité des membres présents.

Pour extrait du procès-verbal :

Le secrétaire général, Dr Edouard MICHEL.

—

Influence de la pharmacie actuelle sur la santé publique.

M. DUROY donne lecture de l'Introduction du livre qu'il prépare sur l'influence de la pharmacie actuelle sur la santé publique, et qu'il se propose de livrer bientôt à la publicité.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Duroy, et le félicite.

— La séance est levée à six heures. *Le Secrétaire annuel,* Dr C. MAURY.

VARIÉTÉS

LES YEUX DIPLOMATIQUES.

Le général Ignatief a consulté, à Londres, un éminent spécialiste sur une affection dont il est atteint. Il s'agit d'une obstruction de l'un des conduits lacrymaux, qui fait qu'un des côtés de la figure est toujours doué d'une expression larmoyante, tandis que l'autre est en bonne santé.

On a toujours regardé le nerf facial comme très-important chez les diplomates, parce que sa section et sa paralysie enlèvent toute expression à la face; mais combien plus encore l'est le canal lacrymal. Il est sans aucun doute, très-souvent, désirable pour un diplomate de présenter une tête de sphinx que l'expression ne vient point éclairer; mais n'est-il pas beaucoup plus avantageux encore d'être prêt pour toutes circonstances?

Si l'aimable général cause avec un ami des Slaves, il tournera son côté larmoyant vers son ami, et déplorera les malheurs des chrétiens, etc.

C'est surtout pendant son séjour à Londres que le général a pu se servir de cet avantage en s'entretenant avec les membres du cabinet.

Lord Beaconsfield a toujours reçu avec quelque incrédulité les récits des atrocités de Bulgarie, tandis que lord Salisbury s'en montrait indigné.

Combien il devait être plaisant pour le général, en discutant sur ce sujet avec ces deux éminents personnages, de montrer tout à la fois une tête larmoyante à lord Salisbury et une tête exprimant l'indifférence et l'incrédulité à lord Beaconsfield.

Si Machiavel, au lieu d'avoir écrit *Le Prince,* avait écrit *Le Diplomate,* nous sommes certain qu'il eût recommandé l'oblitération du conduit lacrymal d'un seul côté. (Extrait du *Medical Examiner.*) — Dr G.

FORMULAIRE

LINIMENT SÉDATIF DE L'HÔTEL-DIEU.

Baume de Fioravanti.	30	grammes.
Baume tranquille.	15	—
Laudanum de Sydenham.	4	—

Mêlez. — Onctions sur les jointures douloureuses, dans le rhumatisme chronique, et sur la région lombaire, dans le lumbago. — Application de cataplasmes chauds, ou de ouate et de taffetas gommé après chaque friction. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 24 Juillet 1554.

—

Mathurin de La Noue est reçu, aux Mathurins, docteur en chirurgie. Il le fut en présence d'une grande et noble assemblée. Il y avait là : le célèbre Étienne Pasquier, l'auteur des *Recherches sur la France*, le recteur de l'Académie, le grand Fernel, Guillaume Milet. Le jour même, le roi Henri II envoyait à l'heureux récipiendaire cent écus d'or. — A. Ch.

COURRIER

École de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille. — Par arrêté en date du 18 juillet 1877, des concours s'ouvriront à l'École de médecine et de pharmacie de plein exercice de Marseille, savoir :

Le 4 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de sciences naturelles.

Le 19 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 15 juin, M. le Président de la République a nommé chevalier de la Légion d'honneur M. le docteur Alfred Binet, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de Genève, l'un des praticiens les plus distingués de cette ville. En 1871, M. le docteur Alfred Binet dirigea une ambulance près de Genève, où nos malheureux blessés de l'armée de l'Est, réfugiés en Suisse, trouvèrent les soins les plus intelligents et les plus dévoués.

Association française pour l'avancement des sciences. — Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu cette année au Havre, ainsi que nous l'avons annoncé. La session durera du 23 au 30 août et se composera de séances générales, de séances de sections, d'excursions scientifiques et de conférences publiques.

La séance d'ouverture aura lieu sous la présidence de M. le professeur Broca. Le vice-président est M. Kulhmann, chimiste à Lille; et le secrétaire général, M. P. Dehérain, le directeur des *Annales agronomiques,* professeur de chimie à l'École spéciale d'architecture.

École de pharmacie. — On pousse activement les travaux de la nouvelle École supérieure de pharmacie, qui occuperont, bâtiments, cours et jardins, l'énorme superficie de 17,000 mètres carrés.

L'École de pharmacie est élevée, comme on sait, sur les terrains retranchés du Luxembourg.

Les laboratoires y seront aménagés avec le plus grand soin. Six cents élèves pourront y faire des manipulations.

La nouvelle École ne sera livrée à l'enseignement qu'en 1880.

Un legs de 40,000 francs. — La dame B..., décédée il y a quelques jours, à Toulouse, dans un âge avancé, a légué à la ville toute sa fortune s'élevant à 40,000 fr. environ.

Les revenus de cette somme devront être affectés à la création d'une bourse en faveur de l'étudiant le plus méritant de l'École de médecine.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 27 juillet 1877.

Ordre du jour : Rapport sur les maladies régnantes du deuxième trimestre 1877, par M. Ernest Besnier. — Sur l'insolation, par M. Lacassagne. — De l'examen histologique des liquides de la plèvre au point de vue de la transformation purulente des épanchements séreux, par M. Dieulafoy. — Sur le botriocéphale, par M. Laboulbène.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants.—Pendant la semaine finissant le 19 juillet 1877, on a constaté 889 décès, savoir :

Variole, 2 décès ; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 3 ; — fièvre typhoïde, 25 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 32 ; — pneumonie, 56 ; — dysenterie, 0 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 22 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 24 ; — croup, 13 ; — affections puerpérales, 3 ; — affections aiguës, 244 ; — affections chroniques, 388 (dont 187 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 37 ; — causes accidentelles, 22.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'affaire du salicylate de soude suit son cours à l'Académie de médecine. Trois dépositions importantes ont été reçues à la dernière..... séance, — nous allions dire audience; — ces dépositions ont-elles été à charge ou à décharge? On pourrait, à la rigueur, adopter l'une ou l'autre de ces qualifications.

Ainsi, M. Oulmont reconnaît au nouveau médicament une propriété que M. Sée ne lui a pas reconnue, d'être un antipyrétique; mais le salicylate, entre les mains de M. Oulmont, employé contre le rhumatisme aigu, n'a pas eu tout le succès que M. Sée en a obtenu. M. Oulmont a expérimenté le salicylate dans un assez grand nombre de pyrexies, et toujours il est parvenu à faire baisser très-sensiblement le pouls et la température. Cette propriété est-elle durable? Voilà ce que M. Oulmont n'a peut-être pas suffisamment indiqué. En résumé, les expériences de M. Oulmont ne paraissent pas lui avoir inspiré un enthousiasme excessif.

La déposition de M. N. Gueneau de Mussy a excité un vif intérêt. Voilà de la bonne et véritable clinique, voilà comme on sait concilier le progrès avec la tradition, comment on sait user de l'expérimentation avec la prudence et la modération nécessaires quand il s'agit de *pelle humana*. M. Gueneau de Mussy a été l'un des premiers en France qui aient employé l'acide salicylique, mais dans un autre but que celui qui a fait l'objet de la communication de M. Sée. C'est comme désinfectant, et principalement dans la fièvre typhoïde, que l'honorable académicien a eu recours à cet agent, et il ne s'en est pas mal trouvé. Quant à son emploi comme jugulant dans le rhumatisme aigu, l'orateur a avoué son hésitation et reconnu sa timidité, il n'a pas fait d'expériences décisives, guidé en cela par des vues cliniques, souvenir de l'enseignement de Sydenham, de Trousseau, de Chomel.

Est-il utile de juguler le rhumatisme aigu? M. Gueneau de Mussy ne le croit pas; il pense qu'on ne fait que déplacer la fluxion en la portant des articulations, où elle n'est que douloureuse, sur des viscères où elle devient mortelle. L'orateur a osé dire qu'on n'a connu le rhumatisme cérébral que depuis l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme aigu. M. Gueneau de Mussy n'emploie pas cet agent, et depuis vingt-cinq ans, soit à l'hôpital, soit à sa clinique de la ville, il n'a pas vu un seul cas de rhumatisme cérébral. Quant au rhumatisme chronique et à la goutte, l'honorable clinicien est également abstentionniste. Il sait bien qu'on peut calmer et faire cesser une attaque de goutte, mais il n'a pas recours aux moyens qui procurent ce résultat, parce qu'il a vu cette cessation brusque de l'attaque être suivie d'accidents formidables.

En somme, la déposition de M. Gueneau de Mussy ne peut pas être mise à l'actif de l'emploi du salicylate de soude. Expérimentalement, ce médecin ne l'a employé qu'avec réserve et à des doses que les partisans du nouveau médicament ont déjà déclaré être insuffisantes. Doctrinalement, M. Gueneau de Mussy est opposé à toute perturbation violente du rhumatisme et de la goutte. Le témoignage de l'honorable académicien sera donc certainement discuté.

Dans la déposition de M. Jaccoud, on trouvera du pour et du contre. Notre compte rendu de la séance en donne un résumé fidèle. Nos lecteurs auront à apprécier si les conclusions de M. Jaccoud sont très-logiquement déduites des prémisses. L'impression générale de cette lecture, — car ce merveilleux improvisateur a écrit et a lu sa déposition, — a été que les 21 observations de M. Jaccoud, parsemées de succès, d'insuccès et même de revers, étaient déjà loin, bien loin des 52 observations de M. Sée, toutes suivies d'un heureux succès.

Dans l'intérêt de l'humanité, pour l'honneur de l'art, il faudrait déplorer ces jugements opposés et ces observations contradictoires; mais il est impossible de les dissimuler.

La séance avait été ouverte par la lecture d'un mémoire de M. Edouard Fournié, sur la physiologie du langage. Ce mémoire, dans lequel l'auteur conteste carrément,

et l'on peut dire courageusement, les doctrines nouvelles sur le siége de la faculté du langage, a été renvoyé à une commission composée de MM. Bouillaud, Baillarger, Broca et Béclard. A. L.

CLINIQUE MÉDICALE

PLEURÉSIE FRANCHE PRIMITIVE, A EXSUDAT SÉRO-FIBRINEUX ABONDANT, CHEZ UNE FEMME DE 72 ANS; — THORACENTÈSE; — GUÉRISON.

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 25 mai 1877,

Par M. I. STRAUS, médecin du Bureau central.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société une observation de pleurésie franche, primitive, à épanchement abondant, chez une femme de 72 ans. La thoracentèse, pratiquée vers le dixième jour de la maladie, a été suivie d'une guérison rapide et définitive. Cette observation est une contribution, d'une part, à l'histoire, encore bien pauvre en documents, de la pleurésie franche chez le vieillard; d'autre part, à la pratique de la thoracentèse dans les cas de ce genre.

OBSERVATION. — La nommée Hébert, âgée de 71 ans 1/2, pensionnaire à l'hospice des Incurables, est reçue à l'infirmerie, salle Sainte-Geneviève, n° 18, dans le service de M. le docteur Ferrand, que je suppléais alors, le 25 mars 1877. Elle entre pour de la faiblesse et de l'essoufflement datant de huit jours à peu près.

C'est une femme petite, grêle, délicate, pâle, présentant tous les attributs de son âge avancé, et notamment un cercle sénile très-apparent.

Elle n'accuse aucun antécédent pathologique remarquable; elle a toujours joui d'une santé excellente; réglée à 15 ans, exactement, jusqu'à l'âge de 52 ans, elle a eu neuf enfants à terme, dont deux vivent et sont bien portants.

Huit ou dix jours environ avant son entrée, elle fut prise de malaise et de gêne respiratoire, allant jusqu'à l'essoufflement quand il lui fallait agir ou monter les escaliers. Pas de frisson initial; absence totale de douleur thoracique. Mais, dès le début, elle paraît avoir présenté un mouvement fébrile se traduisant par de l'agitation, de l'insomnie, par un dégoût absolu pour les aliments, par des nausées et quelques vomissements. Son oppression augmentait lorsqu'elle essayait de se coucher sur le côté gauche, selon son habitude antérieure, et elle dut adopter le décubitus latéral droit.

A son entrée à l'infirmerie, on constate l'état suivant : Grande faiblesse générale; facies pâle, très-anémié. Pouls petit, faible, presque filiforme, 108 par minute. Température axillaire, 38°4. Oppression notable, surtout quand la malade se remue. Pas de douleur thoracique.

Le thorax présente une ampliation manifeste du côté gauche; les espaces intercostaux sont notablement distendus du même côté. A la percussion, matité absolue dans les deux tiers inférieurs du côté gauche; sous la clavicule, du même côté, sonorité exagérée, presque tympanique.

Dans les points mats, absence complète des vibrations thoraciques.

A l'auscultation, silence dans les parties déclives; vers l'épine de l'omoplate, souffle voilé, lointain, un peu aigre ; égophonie.

Respiration puérile au sommet du poumon gauche et dans toute l'étendue du poumon droit, sans aucun râle.

Pas d'expectoration ni de toux. La malade affirme n'avoir toussé à aucun moment.

Le cœur est très-notablement refoulé; la pointe bat sous les parties molles du creux épigastrique, assez nettement pour que la malade elle-même, très-intelligente, ait conscience de ce déplacement. Les bruits du cœur sont un peu sourds, mais réguliers et sans souffle.

Langue humide, nette. Inappétence absolue. Sécrétion urinaire extrêmement réduite; constipation.

Le diagnostic ne comportait aucun doute : il s'agissait d'un épanchement abondant dans la plèvre gauche.

La quantité du liquide épanché (il remplissait les deux tiers au moins de la plèvre gauche), le déplacement du cœur, la faiblesse du pouls, la pâleur de la malade, l'oppression constante qu'elle accusait, tout dictait d'avance la conduite à suivre : c'était un cas de thoracentèse, sinon d'urgence, au moins de nécessité. La considération de l'âge de la malade seule nous rendait indécis ; mais l'ensemble de la situation nous détermina, et la thoracentèse fut pratiquée, séance tenante, à l'aide de l'appareil de Potain.

Pendant l'opération, la malade fut surveillée avec la plus attentive sollicitude; au bout de huit à dix minutes, alors que le jet du liquide dans l'appareil était encore très-vigoureux, le pouls, très-faible déjà avant l'opération, fléchit encore davantage : la malade, quoique placée, dès le début, dans l'attitude à demi-couchée, se plaignit d'étouffer; elle éprouvait, comme elle le raconta plus tard, une sensation pénible d'angoisse et de défaillance.

Craignant une syncope, et quoique à l'abondance de l'écoulement on pût deviner qu'il restait encore une notable quantité de liquide dans la plèvre, on termina là l'opération.

Un litre et demi de liquide avait été retiré; c'était une sérosité jaunâtre, citrine, fortement mousseuse, transparente, sans mélange aucun de sang ni de pus. Au bout de dix minutes à peine, le liquide presque tout entier était pris en un coagulum épais, rappelant le caillot de la saignée. Traité par la chaleur et l'acide nitrique, le liquide se prenait en masse presque solide dans l'éprouvette. En un mot, c'était un épanchement éminemment séro-fibrineux, tel qu'on le rencontre dans les phlegmasies franches de la plèvre.

En moins d'un quart d'heure après l'opération, la malade, que l'on avait eu soin de placer dans la position horizontale, était complétement remise; le pouls s'était relevé; la pâleur semi-syncopale s'était dissipée. Elle-même se déclara singulièrement soulagée et comme débarrassée du poids qui l'oppressait.

Ni pendant l'opération, ni dans les moments qui la suivirent, la malade n'éprouva la moindre quinte de toux, et l'expectoration demeura nulle comme auparavant.

Pour ne pas fatiguer la malade, on s'abstient de l'ausculter et de la percuter en arrière; en avant, on constate, par la percussion, un abaissement notable de la ligne de niveau de la matité qui, de la troisième côte, est descendue à la septième côte environ, se confondant avec la matité précordiale. La pointe du cœur continue à battre au niveau du scrobicule.

Prescription : Potion de Todd, 120 grammes ; infusion de café chaude.

Le soir, le mieux être persiste; la malade déclare respirer librement comme autrefois, et est très-reconnaissante du soulagement qu'on lui a procuré. Pouls 104, petit. Température 38°6. Insomnie.

Le lendemain 26, on trouve la malade souriante, et, selon son expression, « se sentant débarrassée ». La respiration est calme. Le pouls, toujours petit, bat 112 par minute; température presque normale, 37°8. Pendant la nuit, sueur abonnante. La constipation persiste.

A la percussion, la matité, en arrière, occupe presque la même étendue que la veille, avant l'opération; cependant elle est moins compacte vers la partie supérieure, toujours absolue dans le tiers inférieur. Dans les deux tiers supérieurs, le murmure vésiculaire a reparu, mais affaibli dans une assez grande étendue. Le souffle et l'égophonie continuent à être perçus, mais à un travers de main plus bas que la veille, vers l'angle inférieur de l'omoplate. On peut estimer à près d'un litre la quantité de sérosité qui n'a pas été retirée de la plèvre ou qui s'est reproduite depuis la veille.

Le cœur est notablement moins dévié, sans avoir repris sa place normale; la pointe bat, non plus au niveau de la fossette sous-sternale, mais à environ trois travers de doigt en dedans du mamelon.

Prescription : Potion de Todd, 120 grammes. — Macération d'herbe de digitale, 0 gr. 50. — Lavement purgatif.

Le 28 mars, l'amélioration s'accuse de plus en plus; la température est normale; le pouls à 92. L'appétit commence à renaître et la malade dort la nuit. Les signes stéthoscopiques ne se sont pas modifiés ; pour hâter la résolution, un large vésicatoire est appliqué sur le côté gauche de la poitrine, et la macération de digitale est continuée. Les jours suivants, sans diurèse abondante, on note cependant des urines un peu plus copieuses.

Le 30 mars, cinq jours après la ponction, on perçoit le murmure vésiculaire dans presque toute la hauteur du poumon gauche, obscurci à la base seulement, où persistent du souffle et un peu de tremblotement de la voix.

Le cœur a repris sa place. L'appétit est encore languissant, mais la malade est sans fièvre, et il faut l'exhorter à ne pas quitter son lit.

Le 9 avril, les forces sont revenues. La malade se lève. La respiration se perçoit, même à la base du poumon gauche, quoique l'expansion vésiculaire demeure toujours un peu affaiblie. A la percussion, une submatité très-accusée continue à régner dans la moitié inférieure, en arrière. Les deux sommets des poumons, auscultés avec le plus grand soin, ne révèlent l'existence d'aucune modification appréciable.

Le 15 avril, quand je quittai le service, la malade pouvait être considérée comme absolument guérie.

Hier, 25 mai, je la revis aux Incurables, dans le but de compléter son histoire. Depuis plus d'un mois, elle a quitté les salles de M. Ferrand pour retourner dans son dortoir; je la trouvai

alerte, allant et venant avec vivacité, et montant sans fatigue, plusieurs fois par jour, deux grands étages.

La respiration s'entend pure dans toute l'étendue du poumon gauche; seulement, à la base et en arrière persiste de la submatité évidente. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement; le sommeil et surtout l'appétit sont pleinement récupérés. La guérison peut être considérée comme définitive et parfaite.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE SALICYLIQUE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET CHRONIQUE;

Par le docteur Alexandre Calvy, 1er médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulon (Var).

Toulon, 19 juillet 1877.

A l'occasion des *Études sur l'acide salicylique et les salicytates,* récemment soumises à l'appréciation de l'Académie de médecine par M. le professeur Germain Sée, le spirituel docteur Simplice, dans sa *Causerie* hebdomadaire du 14 juillet, termine ses judicieuses réflexions par celle-ci : « Eh bien! qui donc en Europe, si ce n'est en Allemagne, avant les tentatives « de M. Sée, employait la médication salicylique? »

Moi, mon cher Simplice. Et si je me hâte de répondre à cette question, en attendant que d'autres confrères répondent aussi à leur tour, ce n'est pas pour invoquer une priorité *française,* à laquelle, peut-être, je n'aurais aucun droit, bien que mes expériences datent du 28 avril 1876, tandis que celles du professeur Sée ne remontent qu'au mois de novembre de la même année.

Non; c'est plutôt pour proclamer combien j'ai été heureux de voir les principaux résultats de mon humble clinique de l'Hôtel-Dieu de Toulon sanctionnés par ceux que le savant professeur de la Faculté de médecine de Paris a portés à la tribune de l'Académie.

C'est aussi pour exprimer mon étonnement de ce que M. le professeur Sée et d'autres expérimentateurs n'ont pas constaté, comme je l'ai constaté moi-même *cinq* fois sur *six* observations, que l'acide salicylique — dans l'état pathologique du moins — peut exercer une action déprimante sur le cœur, si bien que j'ai vu le pouls descendre, par l'effet de doses modérées, et dans l'espace de 48 ou 36 heures, de 120, 100, 80 pulsations, à 60, 50, et même à 40 battements, ce qui me fit suspendre une fois, et très-vite, l'emploi du médicament.

Voici maintenant dans quelles circonstances, au point de vue thérapeutique dont il s'agit, j'ai été conduit à faire infidélité aux enseignements de M. le professeur Bouillaud, sans avoir rien perdu, pour cela, de ma reconnaissance et de mon admiration pour ce maître illustre à tant de titres :

Après trente ans de pratique, et à travers ce temps de modifications certaines dans les constitutions médicales ou organiques, dont l'une des conséquences est de rendre l'indication de la saignée infiniment plus rare qu'autrefois, j'étais resté convaincu que le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les antiphlogistiques mérite le pas sur toutes les autres médications.

Cependant, le 20 avril 1876, je me trouvais en face d'ue jeune malade — 21 ans — atteinte pour la seconde fois, à sept ans d'intervalle, d'un rhumatisme aigu polyarticulaire, avec complication, cette fois, d'endo-péricardite, mais à constitution si faible, si profondément anémiée, que la pensée des antiphlogistiques ne pouvait naître, même dans l'esprit d'un ancien disciple de M. Bouillaud, sans encourir le reproche mérité d'un crime de lèse-humanité.

Purgatifs, poudre de Dower, boissons nitrées, frictions calmantes, vésicatoire à la région précordiale, etc..., rien n'amenait ni la guérison, ni même une amélioration qui permît de l'entrevoir dans un temps prochain.

Huit jours s'étaient ainsi passés sans aucun profit pour la malade, qui continuait à souffrir cruellement, sans la moindre satisfaction pour le médecin, lorsque je me décidai à prescrire l'acide salicylique aux doses progressivement croissantes de 3 à 6 grammes.

J'avoue que je ne comptais pas trop sur cette médication, à cause surtout des merveilles qu'on lui attribuait; mais, le *troisième jour,* les douleurs avaient presque entièrement cessé, au point que la malade, assise sur son lit, pouvait se livrer à des travaux de broderie, et le *cinquième jour,* douleurs, fièvre, gonflements articulaires, tout ayant complétement disparu, je ne pus m'empêcher de faire observer à mes élèves, devançant ainsi l'expression de M. le professeur Bouillaud, que nous avions sous les yeux un miracle thérapeutique.

Or, tout cela se passait — répétons-le — du 28 avril au 2 mai 1876, tandis que les pre-

mières tentatives de M. Sée n'arrivèrent que six mois plus tard. Ne dissimulons rien cependant.

Après six jours d'une convalescence régulière, normale, et qu'on aurait pu considérer comme une guérison confirmée, le rhumatisme revint avec son caractère d'extension articulaire primitive et de coïncidence cardiaque très-prononcée, soit parce que la malade avait commis l'imprudence de s'exposer à l'air froid, dans une cour de l'hôpital, soit parce que nous avions eu le tort de ne continuer l'administration de l'acide salicylique que pendant deux jours après la cessation des douleurs et la disparition des gonflements articulaires, soit enfin sous l'influence de ces deux causes réunies.

Mais la médication salicylique *jugula* cette rechute dans l'espace de *trois jours*, quant aux manifestations articulaires, et je la continuai pendant six jours encore, c'est-à-dire jusqu'au moment où tout symptôme du côté du cœur disparut aussi pour compléter la guérison de la maladie partout où elle avait fait acte de présence.

Cette première observation a été publiée *in extenso* dans le *Moniteur de médecine, de chirurgie et de thérapeutique* du docteur Menière (d'Angers) — 15 juin 1876 — par l'un de nos internes les plus distingués, M. Labatut, dont la communication se termine par les considérations suivantes, confirmées plus tard par M. le professeur Sée :

« Nous estimons qu'il n'est pas prudent de suspendre brusquement l'emploi de l'acide salicylique ; il vaut mieux le continuer pendant cinq ou six jours après la guérison, en diminuant progressivement la dose, afin d'éviter des rechutes. »

Je reviens sur un fait consigné plus haut, afin qu'il ne passe pas inaperçu :

M. le professeur Sée, après avoir déduit de ses nombreuses et significatives observations, que la médication salicylique, « employée au début de la maladie, peut empêcher l'envahissement des séreuses internes, » déclare « qu'elle est sans effet sur les lésions préalables du cœur. »

Ce n'est pas moi, certes, qui aurai la témérité d'entrer en contestation, sur ce point, avec le savant professeur de la Faculté de Paris, mais il me permettra de lui faire observer que sa règle sur l'inefficacité de la médication salicylique contre les « lésions préalables du cœur », n'est pas sans exception, car notre malade a guéri, par les seuls effets de cette médication, et de son rhumatisme articulaire aigu et de l'endo-péricardite dont elle était concurremment atteinte.

La quantité d'acide salicylique administrée en 14 jours a été de 36 grammes, et jamais nous n'avons constaté ni bourdonnements d'oreilles, ni diminution de la sensibilité de l'ouïe, ni bruissements dans la tête, ni intermittence du pouls, pas plus d'ailleurs que dans les autres observations qui vont suivre, sans doute parce que nous n'avons jamais été obligé de porter les doses du médicament assez haut pour provoquer le salicylisme.

Voici — pour en finir sur cette première observation — l'action de l'acide salicylique sous le double rapport des pulsations cardiaques et de la température : celle-ci était descendue de 39° 3/5es à 37° 2/5es, et le pouls avait baissé de 120 pulsations à 56.

On ne dira pas que cet abaissement considérable du pouls n'était peut-être que le résultat de la cessation de la fièvre, ou soit d'un retour à l'état ordinaire des mouvements cardiaques chez notre malade, car, après la guérison, la radiale n'a jamais donné moins de 70 pulsations à la minute. *(A suivre.)*

BIBLIOTHÈQUE

MÉMOIRES DE CHIRURGIE, tome Ier. — *Chirurgie réparatrice*, par le professeur VERNEUIL. Paris, 1877 ; G. Masson.

Je ne veux en aucune façon tenter l'analyse de cet important ouvrage, qui n'est que le commencement d'une série de publications semblables, destinées à nous montrer dans son ensemble l'œuvre chirurgicale du professeur Verneuil. Mon désir est seulement de mettre en lumière, par quelques citations, le caractère de ce livre et de ceux qui le suivront. Quant à l'œuvre elle-même, il serait prétentieux de la juger dans un article de ce genre, et inutile d'en parler avec détails aux disciples qui ont déjà su l'apprécier.

Ces derniers, cependant, seront bien aises d'apprendre que, d'ici à peu de temps, M. Verneuil tiendra en quelques volumes, et qu'on pourra le lire et l'étudier sans courir d'un bout du monde à l'autre. Jusqu'ici, en effet, ce maître infatigable, amoureux de critique sévère, avide de recherches et d'idées nouvelles, tour à tour plongeant dans les profondeurs de l'analyse ou gravissant les sommets ardus de la synthèse, semblait avoir un don d'ubiquité capable de dérouter ses plus dévoués élèves et ses plus chauds admirateurs. M. Verneuil a touché à

tout; il a pris corps à corps les mots, les choses et les hommes, dépouillant de quelque erreur ou coiffant de quelque idée tout sujet qu'il abordait, imprimant son cachet aux questions préférées, laissant partout la trace de son passage. Mais marcher à sa suite n'était pas chose facile; il fallait courir. Aujourd'hui, nous le tenons; il ne nous échappera plus.

Je veux lui laisser la parole pour nous expliquer son cas. Obligé d'extraire, faute d'espace, j'estime cependant que j'aurais tort de substituer mes appréciations personnelles au langage du maître, aussi net que sa critique, aussi élégant que son enseignement oral :

« Depuis vingt ans, dit M. Verneuil dans son *Avertissement*, j'ai travaillé et produit autant, je pense, que la moyenne de mes contemporains, et néanmoins, si je venais à mourir demain, je laisserais peu de traces de mon activité scientifique, car mon nom ne figure sur aucun catalogue de librairie. La faute en serait à moi, à la nature de mes écrits et à la tournure de mon esprit.

« Je n'ai jamais été capable de composer une œuvre de longue haleine.... J'ai mieux aimé obéir à mes instincts de curieux et de critique, et disséminer mes efforts sur cent points différents.... Ceux-là sont à plaindre, je l'affirme, qui sans cesse tourmentés par le doute et toujours en défiance contre les autres, et surtout contre eux-mêmes, ne se décident à écrire que ce qu'ils croient, à ne croire que ce qui leur paraît rigoureusement démontré, à ne prendre enfin la parole ou la plume que dans le but arrêté de prouver quelque chose. Pour ceux-là, la somme des résultats est loin de représenter celle des énergies dépensées.

« J'ai voulu faire, ne fût-ce que pour moi-même, l'inventaire de mon labeur direct ou indirect, en dressant la liste des travaux que j'ai publiés moi-même ou inspirés à quelques-uns de mes chers disciples.... J'ai le désir légitime, j'oserai même dire la prétention d'avoir des élèves qui, adoptant mes vues personnelles, m'aident à les défendre, à les vulgariser, à les faire progresser; ceux d'entre eux même qui ne travaillent pas directement à leur propagation veulent les connaître, ne serait-ce que pour me prouver leur sympathie. Or, ils n'ont vraiment pas le loisir d'aller glaner en tous sens les bribes de ma production; aussi est-ce principalement pour eux, passés, présents et futurs, que je réunis en volumes ces mémoires, ces notes et ces faits cliniques....

« Lorsque je conçus le projet que je réalise aujourd'hui, j'avais à choisir entre deux manières de faire. Ayant tous les matériaux sous les yeux, je pouvais faire un triage.... La paternité a des faiblesses et vous fait chérir les enfants disgraciés à l'égal des mieux doués; sacrifier une partie de sa progéniture est toujours cruel. D'ailleurs mon œuvre, en dépit de son décousu apparent, présente une certaine unité; les parties, quoique séparées, convergent vers un but commun et se tiennent par des liens invisibles....

« Ces réflexions m'ont décidé à semer dans le même champ le bon grain et l'ivraie, laissant au lecteur le soin de cultiver le premier et de laisser périr la seconde....

« J'ai beaucoup critiqué les autres, parfois même assez durement; il est juste que je subisse la peine du talion si je la mérite. Je puis d'ailleurs dire à tout venant qu'il sera le bienvenu s'il me signale quelque erreur ou quelque injustice; je ne demande qu'à me rétracter sur preuves suffisantes....

« On n'écrit pas vingt ans de suite sans changer quelque peu de manière, d'allure et même de tempérament.... Mais, la forme mise à part, je n'ai pas, quant au fond, grand'chose à désavouer....

« Je me livre donc tel que j'ai été jadis, tel que je suis encore aujourd'hui, et tel que je compte rester jusqu'à la fin de ma carrière, rempli de passion pour la science, d'amour pour la vérité, et d'espérance pour l'avenir de notre chirurgie.... »

Voici les titres principaux de ce premier volume, consacré tout entier à la chirurgie réparatrice : *Anaplastie; autoplastie; étiologie des fistules permanentes; des rétrécissements en général; imperforation, atrésie, phimosis; de la méthode sous-cutanée; sutures métalliques; rhinoplastie; rhinorrhaphie; blépharoplastie et blépharorrhaphie; bec-de-lièvre; staphylorrhaphie; uranoplastie; chirurgie réparatrice de la main; symphyse thoraco-brachiale; anaplastie de la verge; fistules vésico-vaginales; fistules recto-vaginales; périnéorrhaphie.*

J'ai dit que je ne voulais pas entrer dans une analyse de détail. Il m'a suffi, je pense, pour présenter l'ouvrage, de transcrire quelques paroles empreintes d'une sincérité scientifique à nous bien connue, et qui nous a fait depuis longtemps aimer l'enseignement du maître.

Dr L.-Gustave RICHELOT,
Prosecteur à la Faculté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport médical de M. le docteur Bernard, médecin de la colonisation à Bordj-Menaïel.

2° Des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales pour l'usage de la boisson et pour l'usage médical. (Com. des eaux minérales.)

—

M. Jaccoud, à l'occasion du procès-verbal, répondant aux observations faites par M. Le Roy de Méricourt, relativement à la brochure de M. le docteur Tomaselli, qu'il a présentée dans la séance du 10 juillet courant, dit qu'il n'a voulu ni approuver ni improuver les opinions émises par l'auteur de ce travail; il s'est borné à le présenter à l'Académie.

—

M. Bouvier offre en hommage, en son nom et au nom de son collaborateur, M. le docteur Bouland, l'article Corset, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. Gubler présente au nom de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, un travail sur le traitement des affections blennorrhagiques par un baume analogue au baume de copahu, mais dont le nom nous a échappé.

M. Chauffard présente : 1° Au nom de M. le docteur Riant, une brochure intitulée: *L'hygiène et l'éducation dans les internats*; — 2° au nom de M. Favé, une *Dissertation sur Broussais.*

M. Achille Chereau offre en hommage une brochure intitulée : *Quelques lettres inédites de Guy Patin* (extrait de l'Union Médicale.)

—

M. le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des sourds-muets, lit la première partie d'un mémoire *Sur la fonction-langage et sur la pensée.*

Dans les préliminaires de ce travail, l'auteur répudie l'intromission des systèmes philosophiques dans les études physiologiques, et il démontre que la méthode psychologique, reposant simplement sur la manière de sentir d'un chacun, est un instrument faux et incomplet entre les mains des philosophes, lorsqu'ils prétendent faire, sous le nom de psychologie, la physiologie du cerveau. Cependant, comme la détermination des éléments psychiques est le préambule obligé de toute étude sur le cerveau, M. Fournié reconnaît la nécessité de l'emploi de la méthode psychologique, à la condition qu'on s'en servira de concert avec l'anatomie pathologique, avec l'expérimentation, et sous la direction de l'analyse physiologique.

Après ces préliminaires, M. Fournié examine, au point de vue critique, la doctrine régnante touchant la localisation de la parole dans la troisième circonvolution gauche du lobe frontal. Cette doctrine, comme chacun sait, est celle de MM. Bouillaud et Broca. L'auteur accepte tous les faits d'anatomie pathologique sur lesquels la doctrine repose; mais il se propose de prouver que ces faits ne disent pas ce qu'on a prétendu leur faire dire.

1° L'analyse physiologique des mouvements intelligents, dont la parole est le type le plus élevé, nous enseigne que, dans l'exécution de ces mouvements, il entre, comme éléments nécessaires, des phénomènes de sensibilité, de mémoire, soumis à l'action du jugement de la volonté, et des phénomènes de mouvements dirigés par un sens spécial : la vue ou l'ouïe. Or, il est impossible d'admettre que toutes ces activités, que l'on trouve d'ailleurs dans tout fonctionnement cérébral, soient localisées dans la troisième circonvolution du lobe frontal gauche.

2° L'anatomie nous enseigne que, sur tous les points de son étendue, le système nerveux est soumis aux lois de la symétrie organique et, par conséquent, aux lois de la symétrie fonctionnelle.

La localisation de la parole à gauche serait donc une exception à l'appui de laquelle on invoque des faits nombreux. Les faits existent; mais ils prouvent toute autre chose que la réalité de cette exception.

La perte de la parole par la lésion d'un seul côté du cerveau ne prouve pas que la parole soit localisée dans ce côté ; elle prouve que les deux côtés sont absolument indispensables à la formation de la parole. Lorsque le mécanisme selon lequel se produit la parole est réduit à la moitié de ses rouages par la lésion d'un hémisphère, l'ensemble du mécanisme s'arrête.

A l'appui de cette opinion, M. Fournié démontre que, si les phénomènes de sensibilité et

de mémoire peuvent se suppléer dans les deux hémisphères, il n'en est pas de même des phénomènes excito-moteurs qui, des deux côtés, ont un rôle analogue, mais distinct quant au siége du résultat obtenu. D'où il suit que, dans tout fonctionnement qui provoque le mouvement de deux parties symétriques du corps, les deux hémisphères seront nécessairement en jeu, et si l'un d'eux vient à être lésé, le fonctionnement ne s'accomplira pas. Pour compléter sa démonstration, M. Fournié soumet la formation du mot à une analyse des plus délicates; il le considère d'abord comme phénomène sensible, ensuite comme phénomène de mouvement, et il termine par les conclusions suivantes :

1° Les conditions matérielles de la parole, considérée comme phénomène sensible, se trouvent dans les deux hémisphères;

2° Les conditions matérielles de la parole, considérée comme phénomène de mouvement, se trouvent indispensablement dans les deux côtés du cerveau.

3° Contrairement à l'opinion de MM. Broca et Bouillaud, il n'est pas possible d'admettre que les conditions matérielles de la parole se trouvent localisées dans la troisième circonvolution du lobe frontal gauche, malgré l'exactitude et l'authenticité des faits d'anatomie pathologique sur lesquels cette manière de voir est établie.

Dans une prochaine lecture, M. Fournié exposera le mécanisme de la fonction-langage et formulera les règles d'après lesquelles il faut chercher les conditions anatomiques de cette fonction. (Com. MM. Bouillaud, Broca, Baillarger, Béclard.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'acide salicylique et les salicylates.

M. Oulmont désire appeler l'attention de l'Académie sur une propriété de l'acide salicylique et des salicylates qu'il ne faudrait pas méconnaître, savoir : la propriété antipyrétique.

Le remède donné à doses massives détermine, en un temps très-court (deux à quatre heures), une chute du pouls de 10 à 20 pulsations, et même davantage, et un abaissement de la température qui peut aller jusqu'à 2 et même 3 degrés.

Ce sont les résultats obtenus depuis quelque temps déjà par M. Immermann, professeur de clinique à Bâle, qui ont inspiré, l'année dernière, à M. Oulmont le désir d'expérimenter ce remède.

Les expériences ont porté surtout sur le salicylate de soude, moins irritant pour l'estomac. M. Oulmont l'administrait par doses de 1 gramme, répétées de demi-heure en demi-heure, jusqu'à une dose totale de 4 grammes. La température était prise et le pouls compté toutes les quatre heures.

Les affections fébriles dans lesquelles cette médication a été employée sont notamment la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la phthisie pulmonaire, la fièvre puerpérale, la pneumonie aiguë, le rhumatisme articulaire.

L'effet sur la température et le pouls commence à se produire au bout d'un temps qui varie de deux à quatre heures. Il se fait sentir durant un temps qui varie de quatre à douze heures. Quand on continue le médicament durant plusieurs jours, on peut produire une défervescence plus persistante. Seulement elle n'est pas tenace et cesse dès qu'on suspend le médicament.

M. Oulmont a donné le salicylate de soude dans dix cas de fièvre typhoïde, et il a huit fois obtenu une défervescence évidente, mais peu durable; le fond de la maladie n'en a pas paru modifié. Il en a été de même dans la pneumonie, l'érysipèle, etc.

Chez les phthisiques, la fièvre a été également calmée très-vite, mais il s'est produit souvent des accidents gastro-intestinaux assez marqués, et même des symptômes cérébraux, vertiges, céphalalgie, etc.

Dans sept cas de rhumatisme, trois ont cédé du troisième au cinquième jour à cette médication, qui n'a paru avoir aucun effet dans les quatre autres, bien qu'elle ait été continuée pendant huit à dix jours.

Les doses étaient toujours les mêmes que dans les autres maladies fébriles, 4 grammes par jour, et, chaque fois, elles amenaient une défervescence momentanée, sans modifier en rien le reste des symptômes.

M. Oulmont énumère les circonstances dans lesquelles on pourrait sans doute utiliser cette action antipyrétique, momentanée jusqu'à présent, mais qu'on pourrait rendre plus durable par un autre mode d'administration des salicylates.

M. Guenau de Mussy a employé, depuis deux ans, l'acide salicylique et les salicylates alcalins dans diverses maladies, en particulier dans le rhumatisme articulaire.

La première fois, c'était chez un malade affecté de cystite et probablement de pyélite. Les urines, sanieuses et purulentes, exhalaient une odeur putride horriblement fétide. Le malade dépérissait à vu d'œil, et M. le docteur Guyon, dont M. Gueneau de Mussy réclama les avis, avait porté le plus fâcheux pronostic. Toutefois, sous l'influence d'une médication composée

d'injections d'eau de goudron tiède associées à l'emploi de l'acide salicylique à la dose moyenne de 2 grammes, le caractère putride des urines s'amenda rapidement en même temps que la santé générale. Au bout de deux mois, les urines étaient simplement catarrhales comme elles l'étaient depuis vingt ans. L'usage de l'acide salicylique fut continué à doses décroissantes pendant plusieurs semaines.

Depuis deux ans, M. Gueneau de Mussy a prescrit l'acide salicylique au moins dans une vingtaine de cas de rhumatisme articulaire fébrile. Presque constamment, dans les trois jours qui suivaient l'administration du médicament, il a constaté une diminution des douleurs, un abaissement de la température et un ralentissement du pouls. Les symptômes morbides allaient ensuite en s'apaisant graduellement dans un temps relativement court.

M. Gueneau de Mussy n'a pas observé de ces sidérations du rhumatisme signalées par ses collègues; il n'a pas vu non plus de ces rechutes si fréquentes relatées dans les observations de M. Hérard. Ces différences lui paraissent dues à la méthode particulière suivant laquelle il a cru devoir administrer le médicament. Il ne commençait que par 3 ou 4 grammes, s'élevait graduellement à 6, très-exceptionnellement à 8 grammes de salicylate de soude dans les vingt-quatre heures. Il maintenait pendant dix à quinze jours au moins l'emploi de ces doses moyennes.

M. Gueneau de Mussy a été conduit à cette méthode de l'emploi des doses moyennes par la crainte de voir le salicylate de soude, en faisant disparaître brusquement les fluxions articulaires, provoquer les fluxions viscérales, particulièrement celle du cerveau. Il pense que l'emploi du sulfate de quinine a pu contribuer à rendre beaucoup plus fréquent le rhumatisme cérébral, que l'on observait exceptionnellement autrefois comme complication du rhumatisme articulaire aigu. C'est pourquoi, depuis vingt-cinq ans, M. Gueneau de Mussy a renoncé à l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme; or, pendant tout ce laps de temps, il n'a pas observé un seul cas de rhumatisme cérébral.

C'est pour la même raison que M. Gueneau de Mussy croit devoir se tenir à la méthode des doses modérées dans l'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire, d'autant plus que les effets physiologiques de ce médicament lui semblent avoir une grande analogie avec ceux du sulfate de quinine. D'ailleurs, l'observation de M. Empis est un exemple qui peut jeter des doutes sur l'innocuité du médicament.

Les doses modérées soulagent promptement le malade, paraissent diminuer la violence de la maladie et en abréger la durée, moins complétement, moins brusquement que les hautes doses, mais par cela même, jusqu'à nouvel ordre, satisfait mieux la prudence de M. Gueneau de Mussy.

Dans les effets du salicylate de soude, M. Gueneau de Mussy a observé quelques accidents plus imputables au mode d'administration qu'au médicament lui-même. Lorsque, au lieu de donner le médicament à doses fractionnées, on fait prendre en deux ou trois fois toute la dose, on observe des vomissements, des accidents de dyspnée, de lipothymie, etc.

M. Gueneau de Mussy est très-disposé à croire avec M. Sée que les salicylates agissent puissamment sur le système nerveux, lequel joue un rôle considérable dans le rhumatisme. La douleur est en grande partie explicable par la compression que subissent les nerfs qui se distribuent dans la synoviale et le tissu conjonctif circum-articulaire; cependant elle peut précéder l'épanchement articulaire et lui survivre. M. Gueneau de Mussy a observé souvent que les douleurs des membres étaient précédées de douleurs au niveau du rachis, tantôt à la région lombaire, tantôt à la région cervicale dorsale, suivant les membres qui devaient être atteints. Une irritation morbide partant de la moelle pourrait, suivant lui, servir de lien aux localisations multiples et quelquefois symétriques du processus rhumatismal. Ce rôle du système nerveux dans le rhumatisme articulaire est également exprimé par les parésies qu'on voit assez souvent succéder aux arthrites.

Depuis cinq jours, M. Gueneau de Mussy a employé le salicylate de soude dans deux cas d'arthrite déformante et dans un cas de sciatique rebelle à tous les traitements. Dans un cas, les doses même modérées n'ont pas été tolérées, et, dans les deux autres, il n'est survenu aucun bon résultat de l'emploi du médicament.

Quant à la goutte, M. Gueneau de Mussy reste fidèle aux principes des médecins qui, à l'exemple de Sydenham, de Trousseau, de Chomel, etc., se contentent de chercher à modérer les souffrances des malades, à calmer l'excitation qui l'accompagne, mais ne cherchent pas à la guérir, à supprimer les accès.

Si la suppression de l'accès de goutte n'entraîne pas d'accidents plus pénibles ou plus dangereux que la fluxion articulaire; si le salicylate de soude ne se contente pas d'arrêter la manifestation arthritique, mais s'il s'attaque au principe même de la maladie, s'il en détruit la racine, M. Sée, en appliquant ce médicament à la goutte, aura, dit M. Guenau de Mussy, rendu un grand service à l'art médical et à l'humanité.

M. Gueneau de Mussy a employé l'acide salicylique, sinon comme antipyrétique, du moins comme antiputride dans la fièvre typhoïde, à la dose de 1 ou 2 grammes dissous dans 1 ou 2 pots de solution de sirop de gomme, à l'aide de 10 à 20 grammes d'eau-de-vie, avec addition de suc de citron. Sur plus de 27 malades chez lesquels il a employé cette médication antiseptique et dont plusieurs semblaient condamnés à une mort prochaine, il n'y a eu qu'un seul cas de mort. M. Gueneau de Mussy ne veut tirer de ce fait qu'une seule conclusion, c'est que, si à doses élevées l'acide salicylique a paru avoir dans la fièvre typhoïde des effets très-fâcheux, à petites doses il a été au moins parfaitement inoffensif, et son emploi a *coïncidé* avec une série exceptionnellement heureuse, puisque, dans des cas très-graves, la guérison a presque été constante. Dans ces cas, recherchant l'action antiseptique, M. Gueneau de Mussy préfère l'acide salicylique aux salicylates. Il a tenté également l'action antiseptique dans l'intoxication urémique, mais il n'en a obtenu aucun bon effet.

A l'extérieur, cette action est aussi efficace que prompte. M. Gueneau de Mussy a pansé avec une solution d'acide salicylique des plaies gangréneuses chez des typhoïdiques, un anthrax à fond grisâtre qui ne se détergeait pas chez un malade atteint d'affection cardiaque ; en vingt-quatre heures il a obtenu une modification aussi profonde que rapide. On lave et on panse les plaies avec une solution de 1 à 2 grammes d'acide salicylique dans 400 grammes d'eau additionnés de 10 à 20 grammes d'alcool ; quand la plaie est trop anfractueuse et trop torpide, on commence par la badigeonner avec de la teinture d'iode.

En somme, les résultats de ses expériences sur l'emploi de l'acide salicylique et des salicylates alcalins ont paru à M. Gueneau de Mussy assez satisfaisants pour l'encourager à continuer l'emploi de ces médicaments, avec la réserve qu'il a cru devoir y apporter, jusqu'à plus ample informé.

M. Jaccoud communique les résultats de ses expériences sur l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire.

Le total des faits dans lesquels il a administré ce médicament est de 21, savoir : 10 sans aucune complication, 11 avec complications plus ou moins graves.

Sur ce total de 21 malades, 16 ont été traités exclusivement par le salicylate de soude, sauf adjonction de vésicatoires, de ventouses sèches et d'alcool chez 5 d'entre eux. De ces 16 malades, 13 ont guéri, 3 ont succombé.

Les 13 cas de guérison comprennent les 10 faits sans complications, 2 faits avec péricardite sèche, partielle et légère, 1 avec péricardite sèche généralisée et pneumonie double.

La guérison a été obtenue :

Après 2	jours de traitement	dans	3 cas.
Après 3	—	—	3
Après 4	—	—	3
Après 5	—	—	1
Après 6	—	—	1
Après 9	—	—	1
Après 15	—	—	1

C'est-à-dire que, dans 9 cas sur 13, la durée du traitement nécessaire a été comprise entre deux jours pleins et quatre jours pleins, tandis que, dans les autres cas, elle a été individuellement de cinq, six, neuf et quinze jours.

Deux malades ont eu une rechute, un troisième en a eu deux successives, d'un septénaire de durée.

Dans les trois cas mortels, la mort a été amenée deux fois par encéphalopathie, une fois par alcoolisme aigu, après un et demi, deux et demi et quatre jours de traitement par le salicylate de soude.

Les cinq autres malades ont guéri, mais la guérison n'a pu être attendue du salicylate, et, après quatre tentatives d'une durée de trois et quatre jours, d'autres médications ont dû être instituées.

L'étude de ces 21 faits justifie, en ce qui les concerne, les conclusions suivantes :

1° Dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, dégagé de toute complication, le salicylate de soude, à la dose de 8 à 12 grammes par vingt-quatre heures, est le moyen thérapeutique le plus puissant que nous possédions aujourd'hui ; il guérit plus rapidement qu'aucun autre.

2° Quoique son action soit parfois assez prompte pour amener la guérison dans un intervalle de deux à quatre jours, il n'est pas possible d'assigner au traitement une durée uniforme de trois jours. Il serait même imprudent de le faire, car les déceptions qui suivraient certainement l'adoption d'une telle loi auraient pour effet de compromettre un médicament qui, dans les cas indiqués, mérite une entière confiance.

3° Le salicylate de soude ne prévient pas les complications cardiaques, pulmonaires et cérébrales du rhumatisme aigu.

4° Lorsque ces complications existent avant l'intervention du médicament, il n'a aucune action sur elles.

5° Malgré ses propriétés antipyrétiques, le salicylate de soude n'empêche pas l'ascension thermique qui révèle le développement des complications viscérales au cours de la médication déjà instituée.

6° Dans le rhumatisme fébrile à complications très-légères, on peut encore employer le salicylate de soude pour bénéficier de ses effets antipyrétiques et analgésiants, mais il convient, pour ne rien compromettre, d'adjoindre à ce traitement l'usage des révulsifs, et, parfois, des stimulants.

7° Dans le rhumatisme fébrile à complications sérieuses, il n'y a pas à compter sur le salicylate de soude, et il importe de recourir à d'autres médications.

M. Jaccoud ajoute qu'il n'a pas jusqu'ici une grande expérience relativement aux formes chroniques du rhumatisme; toutefois, il n'a point eu à se louer du salicylate de soude dans deux cas de rhumatisme chronique vulgaire, à localisations multiples, ayant succédé à une attaque franche et régulière de rhumatisme aigu, chez deux individus rhumatisants depuis plusieurs années. Chez ces malades, après un traitement non interrompu pendant sept et dix jours, à la dose de 8 grammes par jour, les douleurs étaient simplement diminuées; mais l'impossibilité de la station debout, par suite de la douleur, et la gêne dans les mouvements des doigts, persistaient encore.

A vrai dire, ces faits n'avaient nullement surpris M. Jaccoud, car il savait que Stricker, qui, après Buss, a si heureusement contribué à l'introduction de l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme aigu, a terminé son travail de 1876 en déclarant que cet agent est complétement inutile dans les rhumatismes chroniques, parce qu'il ne peut amener la résorption des exsudats déjà formés. Aussi M. Jaccoud a-t-il été particulièrement frappé des résultats heureux obtenus par M. Sée dans le rhumatisme fibreux, dans les rhumatismes noueux, dans la goutte; il lui paraît impossible de ne pas reconnaître que M. Sée a ainsi démontré les propriétés résolutives du médicament à côté de ses propriétés antithermiques et analgésiantes antérieurement connues, et, par là, il a largement étendu le champ de ses applications thérapeutiques.

La condamnation prononcée par Stricker était donc prématurée dans sa formule générale; mais il ne faut pas perdre de vue pourtant qu'elle est justifiée par les faits particuliers qui l'ont dictée; qu'elle l'est aussi par les deux observations de M. Jaccoud, et ces faits fussent-ils les seuls, ce qui n'est pas, ils suffiraient, selon M. Jaccoud, pour prouver qu'une sage et prudente réserve est ici plus opportune, dans l'intérêt même du remède, qu'une déclaration absolue affirmant à la fois et la constance et la rapidité du succès.

(La discussion sera continuée.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

FORMULAIRE

Lavement calmant. — Aran.

Chloroforme.	1 à 2 grammes.
Gomme arabique pulvérisée. . . .	8 grammes.
Jaune d'œuf.	N° 1.
Eau commune.	125 grammes.

F. s. a. un lavement, destiné à combattre l'élément douleur, dans des affections diverses, telles que la colique hépatique, la colique néphrétique, la cystite, etc.

L'eau commune peut être remplacée par une infusion de camomille ou une décoction de pavot. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 26 Juillet 1600.

Nous avons vu, original, le billet suivant de convocation :

« H. D. Aderis cras mane in templo D. M. Cos. et Dami. ut sacro pièque pauperum visitationi te (si placet) ex more dedis. Deinde fiet congregatio in ædibus D. Guillemeau.

« Deleurye. » — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Chalot, docteur en médecine, est institué chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Debarry (Jacques-Antoine), né à Aniane, le 13 juin 1828, pourvu du brevet supérieur, est nommé commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Charpenel, appelé à d'autres fonctions.

École de pharmacie de Paris. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est autorisé à accepter, au nom de l'État, le legs d'une rente annuelle et perpétuelle de 1,000 francs en 3 0/0, exempte de tous frais, fait par le sieur Gobley à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Ladite rente sera affectée à la fondation d'un prix de 2,000 francs qui sera décerné tous les deux ans à l'auteur du meilleur travail, soit sur un sujet proposé par l'École, soit sur un sujet quelconque se rattachant aux sciences pharmacologiques.

École de médecine de Tours. — 1° Un concours sera ouvert le 7 janvier 1878, à l'École de médecine et de pharmacie de Tours, pour un emploi de chef des travaux anatomiques à ladite École.

— 2° Un concours sera ouvert le premier lundi du mois de février de l'année 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de médecine (pathologie interne) à ladite École.

— 3° Un concours sera ouvert le premier lundi du mois de mars 1878, pour un emploi des chaires de chirurgie (pathologie externe) à ladite École.

Le registre d'inscription des candidats sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Sociétés savantes. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, sur les propositions des sections d'histoire et d'archéologie du Comité des travaux historiques et des Sociétés savantes,

Arrête :

A l'avenir, les mémoires destinés à être lus pendant les réunions de la Sorbonne, devront être déposés au ministère, un mois au moins avant ces réunions; passé ce délai et sous aucun prétexte, aucun mémoire ne pourra être admis.

Les membres du Comité, dans chaque section, examineront ces mémoires et désigneront ceux d'entre eux dont on pourra donner lecture.

Les mémoires présentés devront traiter des sujets relatifs à l'histoire, à la philologie et aux antiquités nationales antérieurement à 1789.

Paris, le 27 juin 1877. J. Brunet.

Un martyr de la science. — M. Alfred Deshaies, âgé de 34 ans, préparateur de chimie au Collége de France, a été trouvé étendu à terre, dans son laboratoire de la rue Cujas, 19, où il demeurait.

La mort remontait à deux jours.

Tout laisse supposer que c'est en voulant se rendre compte par lui-même de l'effet d'un agent chimique, qu'il étudiait depuis longtemps et dont quelques échantillons étaient auprès de lui, qu'il aura été victime d'un empoisonnement trop subit pour qu'il ait pu y porter remède.

Le corps sera transporté à Château-Thierry (Aisne), où habite sa famille.

Les Nubiens Amrans. — Dans sa séance de jeudi dernier, la Société d'anthropologie de Paris a nommé une commission composée de MM. le docteur Broca, Girard de Rialle, docteur Dally, docteur Bordier et Mazard, pour examiner les curieux Nubiens Amrans qui sont arrivés au Jardin d'acclimatation du bois de Boulogne, avec un convoi d'animaux.

Ces Nubiens sont couleur bronze florentin, leurs cheveux sont lisses et arrangés en toupet sur le sommet de la tête; leur taille est haute et très-mince.

La présence de ces types curieux est, pour nos savants, une véritable fortune. Ils pourront étudier non-seulement les hommes de ces lointaines régions, mais aussi leurs armes et leurs trophées, car ils ont tout apporté avec eux : lances, longues épées, instruments de musique, peaux et crânes d'hippopotames, de léopards, de crocodiles, etc.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

DERMATOLOGIE

Hôpital Saint-Louis. — Conférences de M. le docteur E. GUIBOUT.

DE L'HERPÉTIS,

Leçon recueillie par M. MAGNE, interne du service.

Messieurs,

J'ai commencé mes leçons de l'année dernière par établir l'importance des affections cutanées; cette importance, nous l'avons déduite : de leur fréquence, de la gravité des lésions anatomiques de plusieurs d'entre elles, des douleurs qui les accompagnent, de l'abondance des sécrétions qu'elles produisent souvent, des troubles fonctionnels dont elles sont l'occasion, des difformités qu'elles laissent après elles et des causes sous l'influence desquelles elles se manifestent.

Cela posé, nous avons étudié avec le plus grand soin ce que l'on appelait autrefois les lésions *élémentaires*, ce que nous avons appelé, nous, dans un langage plus précis, les lésions *anatomiques*, qui en constituent en quelque sorte la charpente et par lesquelles elles débutent.

Puis nous avons passé successivement en revue le purpura, l'érythème, l'urticaire, le pityriasis, les différentes espèces de nævi, et enfin toute une classe d'affections propres à la première enfance, et que nous avons rangées sous un seul titre : *Les gourmes*.

Notre dernière leçon a été une leçon doctrinale; nous avons posé et discuté la grande question de l'*arthritis*. Et où donc, en effet, cette question pouvait-elle être plus convenablement traitée que dans cet hôpital, puisque c'est ici même qu'elle a pris naissance, et qu'elle s'est développée sous l'impulsion féconde du talent de son auteur. L'auteur de l'arthritis, vous le connaissez, c'est M. Bazin, notre maître à tous, un des hommes les plus éminents de notre époque médicale contemporaine, un esprit généralisateur, philosophique, le digne héritier des Alibert et des Biett, et dont le nom restera comme une des gloires de l'hôpital Saint-Louis.

Avant M. Bazin, les dermatologistes disaient : Il y a trois diathèses qui produisent sur la peau leurs lésions caractéristiques; ces trois diathèses sont : la *syphilis*, la *scrofule*, la *dartre* ou *herpétis*. M. Bazin est venu et a dit : Il y a une quatrième diathèse que vous ne connaissez pas; elle résulte de l'existence de la goutte ou du

FEUILLETON

CAUSERIES

J'avais bien raison d'élever des doutes, dans ma dernière *Causerie*, sur l'exactitude des renseignements fantaisistes donnés par divers journaux relativement aux projets soumis au Conseil supérieur de l'instruction publique. Rien, absolument rien de conforme à la vérité dans ce qui avait été publié, et l'on admire l'assurance et le peu de scrupule de la grande Presse à induire ainsi le public en erreur, et cela, faute de se renseigner suffisamment, car on ne peut admettre qu'une erreur non intentionnelle. Il ne manquerait pas de besogne, le journal qui voudrait se constituer le grand justicier de la Presse, en ce qui concerne seulement, bien entendu, les affaires et les choses de la médecine. Il n'est pas de journal qui, dans chaque numéro ou à peu près, ne fût passible d'un *communiqué*, car il est remarquable combien les grands journaux sont friands de ces reportars qui concernent les hommes et les choses de notre science, de notre art et de notre profession. D'après des renseignements que j'ai lieu de croire exacts, voici, en ce qui concerne les Écoles de médecine et l'enseignement médical, les projets soumis actuellement au Conseil supérieur de l'instruction publique :

Il s'agirait d'abord d'un projet de règlement d'administration publique relatif aux études et examens de médecine et de pharmacie. On croit savoir que le ministre demande la suppression des examens de fin d'année, un autre ordre et de nouvelles épreuves pour la tenue des examens.

Aurait été présenté un projet de décret relatif à la suppression du stage des agrégés, stage

rhumatisme; deux maladies identiques, qui n'en sont qu'une, et que M. Pidoux a eu raison de comparer à deux branches jumelles qui poussent sur une tige commune. Et quand, chez un rhumatisant ou chez un goutteux, ce qui est la même chose, se développent des lésions cutanées, ces lésions sont la manifestation de la diathèse arthritique; elles se nommeront, en conséquence, *arthritides*, et seront reconnaissables à certains caractères qui leur sont propres. Telle est, en quelques mots, la formule de l'arthritis.

Lorsqu'un homme de la valeur de M. Bazin a créé une doctrine, c'est un devoir d'étudier cette doctrine; mais, de ce devoir découle naturellement le droit de critique; et la critique elle-même devient un devoir pour celui qui accepte la mission d'enseigner. Or, l'année dernière, j'ai rempli ce devoir avec respect, puisque je me trouvais aux prises avec l'autorité d'un maître, mais en même temps avec conviction; ne croyant pas à l'arthritis, je ne pouvais pas vous y laisser croire. L'arthritis repose, en effet, sur une base qui est fausse (l'identification de la goutte et du rhumatisme); or, une conséquence qui découle d'un principe faux, est fausse elle-même.

Mais M. Bazin pouvait bien s'être trompé sur le point de départ de l'arthritis, sans que pour cela l'arthritis cessât d'être quelque chose de très-réel : aussi avons-nous dû examiner quels sont les symptômes, quels sont les caractères qu'il attribue aux *arthritides*. De ce côté encore, nous n'avons trouvé qu'erreur et contradiction. En effet, après avoir dit, par exemple, qu'un des principaux caractères des arthritides est la sécheresse, M. Bazin range parmi les arthritides malignes le pemphigus, l'hydroa bulleux et l'eczéma généralisé, affections essentiellement humides.

M. Bazin nous indique que la forme orbiculaire est propre aux lésions de l'arthritis, et nous lui montrons que la même forme se retrouve dans certaines lésions syphilitiques, exanthématiques et parasitaires. Il prétend que la disposition des lésions cutanées sur la ligne médiane du corps est le trait caractéristique de l'arthritis, et nous lui faisons voir que, sur le même individu, les mêmes lésions deviennent *symétriques* (c'est-à-dire *herpétiques*) sur les membres inférieurs; de sorte que le même malade, de par M. Bazin lui-même, serait à la fois herpétique et arthritique; herpétique par en bas, arthritique par en haut. Nulle part nous n'avons pu saisir un caractère sérieux, constant, qui, n'appartenant qu'aux *arthritides*, établirait en effet leur nature *arthritique*.— L'arthritis, avons-nous conclu, n'existe donc pas? Elle doit être rayée des cadres nosologiques, puisque, erreur à son point de départ, elle ne possède aucun caractère spécial et pathognomonique qui établisse d'une manière

---

qui est aujourd'hui de trois ans, et auquel on aurait trouvé des inconvénients. Il serait aussi demandé des modifications dans les conditions du concours d'agrégation en médecine.

Il serait également question d'un projet de décret relatif à l'organisation de l'enseignement dans les Écoles préparatoires de médecine, ainsi que d'un projet de décret instituant des cours annexes dans les Facultés de médecine.

La circonscription des Écoles de Rouen et d'Angers serait modifiée.

Enfin, pour la Faculté de médecine de Lyon, on s'occuperait de la titularisation (?) des chargés de cours.

On voit que les choses de l'enseignement médical tiendront une grande place dans cette session du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Tous ces projets auraient été renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Dumas, président; le cardinal archevêque de Paris, vice-président; l'évêque d'Angers, Martel, Wurtz, Jourdain, Bersot, Nisard, Barth, Bouisson, Chevreul, Faye, et deux délégués de la Cour de cassation non encore élus.

On peut prévoir qu'il sortira surtout deux choses des résolutions du Conseil supérieur de l'instruction publique : premièrement, des mesures destinées à retenir les élèves dans les Facultés et Écoles provinciales de médecine, afin de diminuer l'énorme pléthore de la Faculté de Paris; deuxièmement, des additions plus ou moins considérables aux programmes des concours, des études et des examens, afin de les rendre aussi semblables que possible à ceux des Universités étrangères dont l'enseignement est le plus savant et le plus complet.

Tout cela sera bien vu et digne d'éloges si, de leur côté, le ministre de l'agriculture et du commerce, le ministre de la justice et les autres ministres qui ont des afférences avec les choses de la médecine, proposent des lois, des décrets et des arrêtés qui modifient sensible-

sérieuse son individualité, son entité morbides.—Est-ce à dire pour cela qu'un homme de la valeur de M. Bazin se soit trompé du tout au tout, et que rien ne puisse expliquer son erreur? Non, Messieurs, il n'en est point ainsi, et nous allons voir que le seul tort de M. Bazin a été de voir *la maladie seule et non le malade*. Le malade est le *terrain;* la maladie est *le produit*. Or, ne savez-vous pas que la nature du terrain a toujours le privilége de modifier la physionomie du produit? En botanique, ne sait-on pas que les mêmes essences végétales sont différentes dans leur aspect, dans leur vigueur, suivant le terrain où elles poussent? En pathologie interne, ne faites-vous pas la même remarque? Une pneumonie ne varie-t-elle pas dans les accidents généraux qui l'accompagnent, suivant la constitution du malade qui en est atteint? Il en est de même dans les maladies de la peau. Dans certains cas, sous l'influence de certaines constitutions, les *herpétides* n'apparaissent point avec tout l'ensemble de leurs caractères pathognomoniques, sans que pour cela elles cessent d'être de nature *herpétique*. C'est ce que M. Bazin n'a pas vu. Or, là où il trouve une diathèse nouvelle qu'il appelle *arthritis*, nous ne voyons, nous, qu'une modification dans les caractères de l'herpétis, modification tenant à la constitution du malade. Voilà pourquoi nous ne pouvons pas admettre l'arthritis.

Messieurs, si notre dernière leçon a été une négation, celle-ci va être une affirmation. Nous venons affirmer aujourd'hui, devant vous, l'existence de la diathèse *herpétique*, ou, autrement dit, *de l'herpétis;* et, en cela, nous nous trouvons de l'avis de M. Bazin.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir nous abriter derrière l'opinion de M. Hardy, un autre maître qui, lui aussi, a été une des gloires de cet hôpital, et aux lumières duquel nous aimions tant avoir recours. La diathèse herpétique, en effet, est généralement admise aujourd'hui; seuls, MM. Pidoux et Hébra, le savant dermatologiste viennois, la nient.

Voyons donc si, au contraire de l'arthritis, l'herpétis a une existence réelle, si elle a des manifestations telles, qu'il soit impossible de n'en pas faire une entité morbide.

Mais d'abord, qu'est-ce que l'herpétis? Pour répondre à cette question, nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter à la définition qu'en donne M. Bazin: L'herpétis est une maladie constitutionnelle héréditaire, non contagieuse, non inoculable, caractérisée par des lésions affectant d'abord la peau et les muqueuses,

---

ment l'exercice professionnel, qui mettent les garanties offertes aux praticiens au niveau des exigences scientifiques que va leur demander le ministre de l'instruction publique. Si vous exigez des jeunes gens cinq, six ou sept ans d'études difficiles, quand ils auront brillamment satisfait à toutes les épreuves que la société leur aura imposées, quand leurs familles ou les candidats eux-mêmes auront fait d'énormes sacrifices pour obtenir leur diplôme, qu'est-ce que la société leur donnera en retour, et quelles compensations leur offrira-t-elle pour tout ce qu'elle leur aura demandé?

Appelez cela du radotage, du rabâchage, je le veux bien, mais je ne cesserai de répéter que le problème de l'organisation médicale est complexe, qu'il se compose de deux termes: enseignement, exercice; et que, tant que ces deux termes ne seront pas mis d'accord, on ne produira qu'une œuvre sans harmonie et sans logique.

Voulez-vous vous transporter avec moi au centre de la Bohême, et dans un des établissements thermaux les plus renommés dans ce pays, fertile cependant en sources célèbres? Arrêtons-nous, si cela vous agrée, à la station thermale de Bourboulestadt, située, comme vous savez, entre les sources très-fréquentées de Royatstadt et de Mont-Dorestadt. Que voyons-nous? mon Dieu! qu'entendons-nous dans cette station naguère si riante et si animée? Nous ne voyons que des visages tristes ou menaçants, nous n'entendons que des gémissements ou des cris de colère. Que s'est-il donc passé? Un événement incroyable. La naïade de ces thermes a disparu, emportant avec elle les sources précieuses et si chères aux malades. Et, précisément, il en était venu beaucoup plus que d'habitude, des malades, et de tous les coins du monde, des princes et des princesses, dont l'énumération ressemblerait à une contrefaçon de l'almanach de Gotha, si l'on en croit les feuilles locales.

pouvant devenir viscérales, et remarquables, quand elles existent sur la peau, par leur ténacité, leur durée, leur généralisation et leur récidivité.

L'herpétis est donc une diathèse tout comme la scrofule, la tuberculose et la syphilis; elle se différencie de cette dernière en ce qu'elle ne possède point de virus inoculable; comme ces trois diathèses, elle est héréditaire, et, comme ces trois diathèses aussi, elle peut résulter d'une cause toute spéciale, que je crois avoir signalée le premier, et que j'ai appelée *l'imprégnation spermatique.*

Depuis longtemps, j'ai été frappé de voir des femmes devenir phthisiques, alors que rien dans leurs antécédents, héréditaires ou acquis, ne pouvait expliquer l'explosion de cette diathèse, rien, si ce n'est la cohabitation avec un mari tuberculeux : j'ai trouvé 8 ou 10 cas de ce genre, à propos desquels j'ai fait, il y a quelques années, une communication à la Société médicale des hôpitaux. Quoi d'étonnant, en effet, que la femme, en rapports si intimes avec un germe déjà vicié du fait même de son origine, ne puisse y résister, et que, la première, elle n'en supporte les tristes conséquences! Ce qui existe pour la phthisie peut exister aussi pour l'herpétis. Il n'y a pas bien longtemps, je voyais dans mon cabinet une femme qui, avant son mariage, n'avait jamais présenté la moindre lésion cutanée; elle n'avait à redouter aucun antécédent héréditaire de ce genre. Quelque temps après son mariage avec un homme atteint d'eczéma herpétique, elle devient elle-même eczémateuse et herpétique. Si, comme j'ai lieu de le croire, cette filiation originelle est un fait réel, l'herpétis se communiquerait donc de l'homme à la femme, de même que la tuberculose, la scrofule et la syphilis, par imprégnation spermatique, c'est-à-dire par l'absorption qui s'opère, chez la femme, d'un sperme entaché du germe de l'une ou de l'autre de ces diathèses.

Pour faire de l'herpétis une étude complète, examinons-la sous différents points de vue :

1° *Causes.* — Nous savons déjà que l'herpétis peut avoir pour cause l'hérédité ou l'imprégnation spermatique, mais qu'elle n'est jamais ni contagieuse ni inoculable. La prédisposition, elle aussi, joue un rôle dans l'étiologie de l'herpétis, comme d'ailleurs dans le développement de toutes les maladies. Vous savez, en effet, que, de trois individus exposés à l'influence de la même cause morbide, l'un pourra sortir absolument indemne, le second avec une pneumonie, le troisième avec une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il en est de même pour l'herpétis : tel individu sera, quelles que soient les conditions où il vive, à l'abri de toutes les mani-

---

Voici, prosaïquement, ce qui se serait passé, d'après les dires parvenus jusqu'ici, mais dont je ne garantis en aucune façon l'exactitude. D'ailleurs, ce qui pouvait être vrai, il y a huit jours, peut ne plus l'être aujourd'hui, et la naïade, confuse et repentante, est peut-être rentrée dans son humide palais.

La propriété des sources de la Bourboulestadt paraît divisée en plusieurs parts, dont les deux plus importantes appartiennent, l'une à un médecin, l'autre à une compagnie. Il faut savoir qu'aucune des sources de cette station n'est protégée par un périmètre de protection, ni même par aucune déclaration d'intérêt public. On assure, — ce qui paraît plus singulier encore, — qu'aucune de ces sources n'a jamais reçu du ministre compétent l'autorisation d'exploiter, accordée sur l'avis de l'Académie impériale de médecine de Vienne.

Toutes ces sources seraient probablement placées sous le même régime souterrain, car voici ce qui serait arrivé. Le propriétaire de l'une de ces sources aurait fait établir des pompes aspirantes d'une telle puissance qu'il aurait mis à sec tout le réseau du régime, de sorte qu'au beau milieu de la saison, la station susnommée se serait trouvée sans eau. En est-il revenu depuis ces malheureuses aspirations? Je l'espère, mais je n'ose le dire, mes renseignements s'éteignant ici.

Vénéré et aimable confrère, Monsieur Jolly, qu'allez-vous dire? Un singe, l'anthropoïde le plus rapproché de l'homme, un gorille, auquel on a appris à fumer, et qui fume!

Ce gorille a été trouvé par l'expédition prussienne dans un village du Gabon. Il a vécu maintenant treize mois à l'aquarium de Londres, où on l'exerce à prendre les habitudes de la civilisation la plus avancée. Quand on lui donne une cigarette placée dans un bout d'ambre, car il n'aime pas le goût du tabac, il aspire et fait sortir ensuite des nuages de fumée de ses

festations de l'herpétis, tandis qu'un autre, au contraire, sous l'influence des mêmes causes, subira l'atteinte de cette diathèse.

Les causes qui, favorisées par la prédisposition, pourront donner naissance à l'herpétis, sont principalement les professions dans lesquelles la peau, se trouvant habituellement en contact avec des substances irritantes, est toujours exposée à en être altérée. Si, chez certains individus, en effet, les affections cutanées dites *professionnelles* restent locales, chez d'autres, au contraire, elles se généralisent, et prennent les caractères des affections herpétiques. De même qu'il y a une phthisie héréditaire et une phthisie acquise, il y a une herpétis héréditaire et une herpétis acquise.

2° Formes : *Forme aiguë*, *forme chronique*. — Voyons maintenant quelles sont les formes que revêt l'herpétis dans son évolution : C'est, avons-nous dit, une affection diathésique : aussi a-t-elle toujours une longue durée ; mais si, au point de vue de sa durée, cela est vrai et ne peut être contesté, il n'en est pas de même au point de vue de ses manifestations, qui peuvent revêtir une forme tantôt aiguë, tantôt chronique, tantôt mixte. Un eczéma fluent, généralisé, symétrique, herpétique en un mot, peut guérir sans passer à l'état chronique ; et cet eczéma, manifestation de la diathèse herpétique, aura eu une marche essentiellement et exclusivement aiguë ; d'autres fois, l'herpétis se manifestera bien par des lésions aiguës (eczéma, lichen) ; mais ces lésions, malgré un traitement convenable, passeront à l'état chronique. Dans ce cas, nous aurons donc une manifestation herpétique à forme mixte, aiguë d'abord, chronique ensuite.

L'herpétis, enfin, pourra se manifester par des lésions ayant toujours une forme chronique, comme le psoriasis et le prurigo, par exemple.

3° *Forme intermittente*, *forme continue*. — L'herpétis, dans son évolution, se présente avec des manifestations tantôt *continues* et tantôt *intermittentes*. Elle débute ordinairement sous une forme intermittente : ainsi, ses lésions initiales, abandonnées à elles-mêmes après une durée plus ou moins longue, disparaissent souvent ; après un temps plus ou moins long aussi, elles reparaissent, et c'est habituellement aux changements de saisons, à l'entrée du pintemps ou de l'hiver, que s'opèrent ces réapparitions, sources de tant de mécomptes pour les malades, qui pouvaient se croire guéris, et qui se trouvent ainsi ramenés à une plus exacte appréciation de leur état réel. Ils étaient restés au pouvoir de la diathèse herpétique, dont les premières manifestations s'étaient produites sous une forme intermit-

---

vastes narines, comme un vrai voyou des faubourgs de Paris. Il boit de la bière et du vin. Que lui manque-t-il donc pour faire partie de la haute gomme? Une seule chose : la cocotte. Il faut croire que ses précepteurs ne manqueront pas de parfaire son éducation de ce côté.

Je me joins avec plaisir au vœu émis par mon confrère le rédacteur en chef du *Mouvement médical*, qui demande qu'une récompense honorifique bien méritée, que la croix de chevalier de la Légion d'honneur soit accordée à M. Bordet, le chef des bureaux de notre Académie de médecine, qui est depuis trente-huit ans au service de l'État. M. Bordet a prêté pendant vingt ans un concours très-efficace à M. le directeur de la vaccine, et, dans une seule année, il a pratiqué plus de 12,000 vaccinations sur des soldats de notre armée. J'ajoute que M. Bordet est d'une politesse et d'un empressement à obliger que connaissent bien tous les membres du Corps médical, et principalement les journalistes qui ont affaire dans les bureaux de l'Académie. Si je suis bien renseigné, les dignitaires de cette Compagnie savante auraient fait une démarche auprès de M. le ministre de l'instruction publique en faveur de M. Bordet ; son succès sera généralement très-bien accueilli, et notamment par la Presse.

Dr Simplice.

Assistance publique. — L'Assistance publique va installer à l'hôpital Necker, où fonctionne déjà une clinique médicale, la clinique chirurgicale.

Le bâtiment qui va être affecté à ce service comprendra un laboratoire d'histologie, un laboratoire de chimie, et une salle de dépôt pour les instruments de chirurgie. Il coûtera environ 21,000 fr.

tente. Ces cas, nous devons le dire, ne sont pas rares. D'autres fois, l'herpétis est *continue*. Elle a pris alors tellement et si complétement possession du malade, que rien désormais ne peut le débarrasser de ses lésions. Aussi a-t-on dit que l'herpétis était incurable. Nous reviendrons plus tard sur ce qu'il faut penser de cette doctrine décourageante au premier chef.

4° *Forme bénigne, forme maligne.* — Comme pour la syphilis, comme pour la scrofule, nous admettons pour l'herpétis une forme *bénigne* et une forme *maligne*. L'herpétis est bénigne quand ses manifestations n'offrent par elles-mêmes de gravité à aucun point de vue ; lorsque, encore, elles ne doivent laisser derrière elles aucune difformité. Les manifestations de cet ordre sont l'eczéma, dans la plupart des cas ; le lichen, le pityriasis, le prurigo....

La forme maligne de l'herpétis résulte de deux conditions différentes. Tantôt, en effet, l'herpétis est maligne, non parce que ses lésions sont, par elles-mêmes, de nature maligne, mais parce que, par leur généralisation et leur durée, elles peuvent apporter des troubles considérables à la santé générale. Ainsi, je vous présente un de mes malades, actuellement couché au lit n° 24 de la salle Saint-Charles, qui est atteint d'un eczéma généralisé, eczéma qui, depuis quatre ans, a résisté à tous les moyens de traitement. Dans d'autres cas, l'eczéma constitue une forme maligne, alors que, généralisé et s'éternisant sous une forme fluente, il affaiblit et épuise le malade par l'abondance de ses sécrétions. Le prurigo en lui-même ne paraîtrait pas constituer une forme maligne. Dans certains cas, cependant, vous le verrez torturer les malades d'une façon inouïe : les obliger à se rouler par terre; les contraindre à saisir, pour se gratter, les objets les plus durs.... des morceaux de bois, des cailloux, même les porter au suicide, pour échapper à des tourments intolérables. Il en est ainsi du *prurigo formicans*, du *prurigo ferox*. Tantôt, au contraire, l'herpétis revêt une forme primitivement maligne, par le fait même de ses lésions, qui sont ulcéreuses, destructives, et qui entraînent pour la peau les troubles fonctionnels les plus considérables : tels sont le pemphigus et le rupia. Je sais bien que la nature herpétique de cette dernière affection a été contestée; mais c'est à tort. J'ai vu des exemples de rupia herpétique tout à fait indéniables. J'ai encore présent à l'esprit un fait qui, de plus, vous fera comprendre l'influence néfaste que peut avoir, sur les maladies de la peau, un traitement intempestif. Il s'agit d'un homme qui, ayant un eczéma de nature herpétique, alla, malgré mes recommandations les plus vives, faire une saison à Baréges, et qui, six semaines après, revenait dans mon cabinet, atteint d'un rupia que j'ai soigné sans succès pendant plus de six mois; et notez bien, Messieurs, que ce fait est loin d'être unique, et qu'il serait facile de trouver de nombreuses observations d'herpétides bénignes transformées ainsi en herpétides malignes, en pemphigus par exemple, et cela du fait d'un traitement irritant.

Le pemphigus et le rupia ne sont pas les seules manifestations *malignes* de l'herpétis. Le malade que je vous présente, et qui aujourd'hui est guéri, était atteint d'une *herpétide maligne exfoliatrice*, herpétide grave par excellence, dans laquelle on voit la surface des téguments se desquamer d'une façon incroyable. Ce malade peut vous dire que, tous les matins, c'était par poignées que l'on retirait de son lit des flocons d'épiderme détachés pendant la nuit. Quand il marchait, l'on pouvait suivre sa trace aux nombreux débris épidermiques qu'il laissait tomber derrière lui.

Dans ce cas, le derme est presque à nu; les fonctions de la peau sont profondément modifiées, sinon abolies; et vous savez combien ces fonctions sont nécessaires à notre existence; vous savez tous que, quand elles sont compromises d'une façon notable, nous avons à craindre des lésions viscérales de la plus haute importance, des péricardites, des entérites, des bronchites, etc. Vous devez comprendre encore dans quel état de marasme, de cachexie et d'épuisement devra succomber le malheureux obligé de fournir à une sécrétion épidermique si abondante. Il se passera, dans ce cas, ce qui se passe dans certains cas d'eczéma fluent généralisé : le malade, impuissant à supporter une sécrétion excessive et intarissable, meurt dans le marasme.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

PLEURÉSIE FRANCHE PRIMITIVE, A EXSUDAT SÉRO-FIBRINEUX ABONDANT, CHEZ UNE FEMME DE 72 ANS; — THORACENTÈSE; — GUÉRISON.

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 25 mai 1877 (1),

Par M. I. Straus, médecin du Bureau central.

Si nous résumons les principaux traits de cette observation, nous voyons qu'il s'agit d'une femme âgée de 72 ans, bien portante antérieurement, qui n'est ni tuberculeuse, ni cancéreuse, ni rhumatisante, ni cardiaque, ni atteinte de lésion rénale; elle est prise, sans cause appréciable, d'une pleurésie unilatérale, avec un épanchement assez abondant pour remplir, vers le huitième ou le dixième jour de la maladie, les deux tiers de la plèvre, et refouler fortement le cœur à droite. La thoracentèse est pratiquée, et, quinze jours après la ponction et l'emploi ultérieur d'un vésicatoire et de diurétiques, elle entre en convalescence suivie bientôt d'une guérison définitive.

Il est difficile de ne pas voir dans cette observation un cas incontestable de pleurésie franche, *primitive*, inflammatoire, survenue chez le vieillard. Or, si l'on consulte les auteurs, peu nombreux du reste, qui se sont occupés de la question de la pleurésie chez le vieillard, presque tous sont unanimes à proclamer la grande rareté de la pleurésie franche, légitime, à cet âge.

Grisolle, avec sa concision ordinaire, la déclare « très-rare chez les vieillards ». Chomel s'exprime de même. D'après M. Durand-Fardel (2), la pleurésie des vieillards, en tant qu'affection primitive, est peu commune; sa rareté, ajoute-t-il, eu égard aux affections du parenchyme pulmonaire, peut être comparée à celle de la méningite des vieillards, eu égard aux affections du cerveau.

Pour Beau (3), la pleurésie simple, idiopathique, est une affection à la fois bien plus rare et bien *plus grave* chez les vieilles femmes qu'il observait à la Salpêtrière que chez les adultes. D'après lui, l'épanchement n'est jamais considérable; sur cinq cas qu'il a rencontrés, il n'en a vu résorber aucun; toujours les malades ont fini par succomber. Cette opinion, catégoriquement formulée par Beau, doit être rapprochée de notre observation, où l'épanchement, au contraire, était abondant, et dont l'issue a été favorable.

Gillette (4) signale aussi la rareté de la pleurésie chez les vieillards, et déclare même ne pas l'avoir rencontrée autrement que comme complication de pneumonie. Valleix, ainsi que Beau, ne connaît presque pas d'exemple de pleurésie primitive chez le vieillard; il n'en a observé qu'un cas, pendant deux hivers, à la Salpêtrière.

Les principaux auteurs étrangers qui ont écrit sur les maladies des vieillards, Constatt, Geist, Day, arrivent à des conclusions identiques et ne font que mentionner l'extrême rareté de la pleurésie sénile.

Enfin, récemment, M. Boisseuil a soutenu une thèse inaugurale sur la pleurésie des vieillards (5), où l'on trouve onze observations communiquées par M. Mauriac et recueillies par ce médecin distingué à l'hospice des Ménages. Ces observations, sans exception, ont été suivies de mort et d'autopsie; elles ont trait toutes à des pleurésies *secondaires*, ou pour mieux dire, à des épanchements intra-pleuraux secondaires, développés sur des sujets atteints de péricardite ou de pneumonie, d'apoplexie pulmonaire, de lésions valvulaires du cœur, etc.

Cependant, en opposition avec ce témoignage presque unanime de tous les auteurs

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

(2) *Traité des maladies des vieillards.* Paris, 1854, p. 61.

(3) *Journal de médecine,* 1843.

(4) Supplément au *Diction. des Diction.*, art. VIEILLESSE (Maladies de la), p. 892.

(5) *Étude sur la pleurésie des vieillards.* Thèse de Paris, 1876.

spéciaux, il faut mentionner l'imposante autorité de Cruveilhier. « Rien de plus fréquent, dit-il, que la pleurésie latente chez le vieillard. Il est des constitutions atmosphériques où toutes les maladies se réduisent à des catarrhes, à des pleurésies ou à des pneumonies. La constitution catarrhale précède souvent la constitution pleurétique, mais l'accompagne rarement. Un grand nombre de vieilles femmes de la Salpêtrière, de 80 à 90 ans, qu'on croit mourir de vieillesse, meurent de pleurésie latente, et, chez elles, la pleurésie comme la pneumonie occupe surtout la région dorsale, à laquelle elle est souvent limitée (1). »

Cette opinion de l'illustre anatomo-pathologiste ne nous semble pas devoir être admise sans discussion, et il est permis de croire qu'il fait allusion, non pas à la pleurésie franche, inflammatoire, mais uniquement à des épanchements pleuraux, si fréquents, en effet, dans les autopsies des sujets à tout âge. Les pleurésies latentes dont parle Cruveilhier sont probablement des pleurésies secondaires, liées à des lésions inflammatoires du poumon, à des noyaux d'infarctus ou de broncho-pneumonie; cette interprétation est d'autant plus légitime que Cruveilhier lui-même fait remarquer que « la constitution catarrhale précédait souvent la constitution pleurétique. »

La susceptibilité morbide, qui est le propre de la plèvre chez l'enfant et chez l'adulte, paraît donc s'atténuer chez le vieillard, en ce sens que, rarement, elle s'enflamme pour son propre compte et d'une façon protopathique. Les inflammations de la séreuse pleurale, à cette période de la vie, sont le plus souvent secondaires et provoquées par des altérations du parenchyme pulmonaire (pneumonie lobaire ou lobulaire, infarctus, carcinome, etc.).

Assurément il serait prématuré, étant donnée la pénurie de documents relatifs à ce sujet, de tenter d'esquisser la marche et les particularités cliniques propres à la pleurésie franche sénile. Un point cependant mérite d'être signalé. Le cas que nous avons relaté est non-seulement un cas de pleurésie idiopathique, mais aussi, à notre sens, un cas de pleurésie *aiguë*, ainsi que le prouvent la marche de l'affection, la rapidité de son évolution et surtout la nature éminemment fibrineuse du liquide épanché. Or, dans ce cas, le frisson, la douleur thoracique, la toux même et l'expectoration ont complétement fait défaut pendant toute la durée de la maladie. N'eussent été l'oppression et les signes physiques, cette pleurésie mériterait, au pied de la lettre, la qualification de *latente*. Nous retrouvons donc, pour la pleurésie, cette absence de réaction et de douleur, cette torpeur spéciale qui est presque la règle dans les pneumonies séniles.

Il est un autre point sur lequel nous demandons la permission d'insister en terminant, c'est la question de traitement. La thoracentèse, dans ce cas spécial, a été une véritable opération de nécessité, commandée par la grandeur de l'épanchement, par son siége dans la plèvre gauche, par la déviation du cœur et tous les dangers que cette situation implique. Et cependant, ce n'est pas sans une vive appréhension que nous nous sommes décidé à recourir au trocart. Maintenant que l'événement a donné raison à cette intervention, nous pensons que le raisonnement et la discussion clinique à leur tour viennent la justifier.

S'il n'y avait pas eu un péril instant, si la menace de la syncope ou de l'asphyxie n'avaient été là pour lever toutes les hésitations, il est probable que, chez une femme aussi avancée en âge, malgré l'abondance de l'épanchement, la prudence aurait conseillé de ne recourir qu'aux moyens médicaux usités en pareil cas, et de chercher à obtenir la résorption à l'aide de vésicatoires répétés, de diurétiques, de purgatifs, etc. Et cependant, il faut se demander si l'indication vitale seule, dans l'espèce, devait commander la thoracentèse, et si l'âge avancé de la malade, loin d'être une contre-indication, ne pouvait être considéré, au contraire, comme un motif de plus de recourir à l'opération. C'est cette dernière opinion qui nous paraît la plus juste.

Traitée par les moyens purement médicaux, il est probable que la malade, au

(1) Cruveilhier. Art. PLEURÉSIE du *Dictionnaire en 30 volumes*.

lieu d'être guérie en quelques semaines, eût été condamnée à un séjour de plusieurs mois, sinon dans son lit, au moins dans l'infirmerie; conditions pénibles et fâcheuses en tout état de choses, mais surtout chez une femme de 72 ans. On sait, en outre, combien les fonctions, non-seulement de sécrétion, mais aussi celles de résorption sont languissantes à cet âge, et à coup sûr, chez notre malade, l'action des révulsifs et des évacuants eût été plus lente et plus difficile à obtenir que chez un sujet adulte. Étant données toutes ces conditions défavorables, la guérison, en la supposant obtenue, ne l'eût été sans doute qu'au prix d'un traitement long et aléatoire.

En un mot, dans les cas de ce genre, la thoracentèse nous paraît s'imposer, non-seulement de par l'indication vitale, pour parer à la syncope et à l'asphyxie, mais à titre de moyen proprement curatif; et l'âge du malade nous semble constituer plutôt une indication qu'une contre-indication.

Il est inutile, sans doute, d'ajouter que les précautions minutieuses, dont il ne faut jamais se départir dans cette opération chez l'adulte, sont encore plus sévèrement dictées quand il s'agit d'un vieillard, qui supporte mal toute spoliation brusque, dont le cœur et les vaisseaux plus ou moins altérés doivent toujours faire craindre l'imminence de la syncope. De là l'indication de ne donner issue que lentement au liquide, par une canule étroite, de surveiller avec la plus grande sollicitude l'état du pouls, d'arrêter l'écoulement à la moindre menace, et surtout de ne pas chercher à évacuer d'un coup la totalité du liquide contenu dans la plèvre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

L'importante communication de M. Pasteur sur le charbon et la septicémie ayant été reproduite et signalée dans les numéros précédents de ce journal, sous la rubrique de l'Académie de médecine, nous n'en parlons pas ici, afin d'éviter le double emploi.

M. Charles Richet a continué ses recherches sur la nature des acides contenus dans le suc gastrique. La conclusion qui ressort du dernier mémoire adressé à l'Académie sur ce sujet est que l'acide organique soluble dans l'éther, et contenu dans le suc gastrique, est de l'acide sarcolactique, au moins dans sa portion principale.

MM. les docteurs Bouchut et Dubrisay envoient une note sur la numération des globules du sang dans la diphthérie, et ils prouvent, par des chiffres relevés avec grand soin et sur de nombreux malades, qu'il existe une *leucocythémie aiguë* diphthéritique.

MM. Couty et Charpentier adressent une note intitulée : *De l'influence des excitations des organes des sens sur le cœur et sur les vaisseaux*.

« Nous avons, disent-ils, cherché à étudier, avec plus de rigueur qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, les troubles circulatoires produits par les excitations des sens, ces troubles bien connus et souvent si intenses, qu'on avait cru pouvoir s'en autoriser pour placer dans le cœur le siége des émotions.

Nous avons opéré sur des chiens. Ces animaux respiraient artificiellement, immobilisés par le curare, substance qui nous a permis d'éviter tout trouble intermédiaire, respiratoire ou convulsif, tout en laissant intactes les fonctions des sens et de l'appareil circulatoire. Un kymographe à mercure était adapté à une artère; et alors nous excitions, isolément, l'un ou l'autre sens. Nous avons agi sur le goût par du chlorure de sodium, de l'aloès, de la coloquinte..... sur l'odorat par des essences diverses de bergamotte, citron, par de l'acide sulfhydrique....., sur l'ouïe par des bruits métalliques, sifflements, des cris de joie ou de douleur poussés par un autre chien..... sur la vue par la lumière du jour ou d'une lampe, des gestes de caresses ou de menaces, la vue d'un autre animal; ou encore par la piqûre, le grattage de la rétine.....

Quelques-unes de ces excitations étaient, on le voit, fort peu en rapport avec la nature, les habitudes de l'animal; et cependant le kymographe a enregistré des troubles du cœur et de la tension artificielle très-nets et souvent considérables. Ainsi les contractions cardiaques ont pu varier brusquement de plus de la moitié de leur fréquence initiale, et la tension augmenter de 6 à 8 centimètres. Les modifications cardio-vasculaires déterminées par les excitations des sens spéciaux ont donc été comparables, comme valeur, à celles que Magendie, Cl. Bernard, et

depuis bien d'autres physiologistes ont observées, après avoir excité d'autres fibres sensitives, périphériques, médullaires ou même encéphaliques.

Ces réactions cardio-vasculaires, d'origine sensorielle, présentent des caractères spéciaux. Elles sont variables d'intensité avec certaines conditions individuelles ou expérimentales. Ainsi la strychnine, l'inanition augmentent; le chloral, de fortes doses de curare suppriment ces troubles circulatoires : nous les avons vus aussi varier avec la durée ou la répétition de l'action de l'excitant extérieur.

Ces réactions cardio-vasculaires sont surtout essentiellement variables de forme. Le même excitant, souvent chez le même animal, a pu déterminer tantôt du ralentissement, tantôt de l'accélération initiale du cœur; de même la tension a été ou diminuée, ou plus souvent augmentée. On n'a constaté aucune différence entre les effets des excitations des différents sens; et, pour un même sens, entre les effets des excitations supposées simples, et de celles qu'on aurait pu regarder comme plus spécialement émotionnelles, agréables ou pénibles. Ainsi l'influence de gestes de menace, de cris de joie ou de douleur a été comparable à celle de bruits divers de l'aloès sur la langue, de l'acide sulfhydrique.

Cette variabilité, dans l'intensité et la forme des réactions provoquées par un même excitant, suffirait à différencier les phénomènes circulatoires d'origine sensorielle de ceux déterminés par l'excitation des fibres sensitives périphériques.

Mais voici d'autres caractères non moins spéciaux. Nous avons sectionné les pneumogastriques; après cette section, les diverses excitations des sens ont démontré les variations habituelles de la tension sans aucune modification du cœur. Les phénomènes sensoriels réagissent donc sur le cœur uniquement par l'intermédiaire des pneumogastriques : les variations de la tension, puisqu'elles persistent après la suppression des troubles cardiaques, ont donc un mécanisme indépendant, une origine périphérique; nous avons obstrué le territoire des carotides en injectant par l'artère linguale des spores de lycopode; la circulation, la respiration même continuaient à fonctionner normalement, et à l'autopsie le microscope nous montra les vaisseaux du cerveau obstrués, ceux du mésocéphale intacts. Or, dans ces conditions, nous avons pu exciter les divers sens sans produire aucun trouble du cœur ou des vaisseaux; et au contraire, la faradisation d'un nerf périphérique, du sciatique par exemple, a déterminé ses effets habituels.

Nous avons vu de même de faibles doses de chloral empêcher les phénomènes réflexes cardio-vasculaires dus aux excitations des sens, et laisser persister ceux que produit l'électrisation du sciatique.

De ces faits, nous avons cru pouvoir conclure que la protubérance, organe de perception, comme l'ont prouvé Longet et Vulpian, ne suffit pas à la production des phénomènes réflexes cardio-vasculaires d'origine sensorielle, réflexes auxquels l'intervention du cerveau serait indispensable.

D'un autre côté, nous avons vu nos animaux s'accoutumer à une excitation trop souvent répétée, cesser de réagir pour celle-ci, en restant sensibles à toutes les autres.

En résumé, il semblerait que les phénomènes cardio-vasculaires consécutifs aux excitations des sens sont produits, non par la perception sensorielle elle-même, phénomène protubérantiel défini et constant, mais par un travail cérébral ultérieur, consécutif et contingent. Ce travail cérébral, on pourrait l'appeler *émotionnel*, et c'est lui qui réagirait sur le cœur et les vaisseaux.

Le cerveau, avec les phénomènes dont il est le siége, est donc une *surface sensible, la plus sensible de toutes*; et, comme les autres organes sensibles, *il réagit sur le cœur et les vaisseaux par l'intermédiaire des centres mésocéphaliques* ». — M. L.

Congrès périodique international des sciences médicales de Genève

SECTIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ ET RAPPORTS PRÉVUS

PREMIÈRE SECTION. — *Médecine* : 1. Ulcérations de l'estomac. M. le professeur Lebert.

2. Affections parasitaires de la peau. M. Hardy, professeur de clinique médicale à Paris.

3. Étiologie de la fièvre typhoïde. M. Bouchard, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

4. Traitement de la fièvre par les bains. M. de Cévenville, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne.

5. Du sort des tissus implantés dans l'organisme. M. Zahn, professeur d'anatomie pathologique à Genève.

6. Indications et valeur thérapeutique de la trachéotomie dans le croup. M. Revillod, professeur de clinique médicale à Genève.

7. Pharmacopée universelle. M. le professeur Gille, de Bruxelles.

DEUXIÈME SECTION. — *Chirurgie* : 1. Méthode hémostatique d'Esmarch. M. Esmarch, professeur de clinique chirurgicale à Kiel.

2. Influence des traumatismes sur la grossesse et réciproquement. M. Verneuil, professeur de clinique chirurgicale à Paris.

3. Traitement de l'ozène. M. Rouge, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Lausanne.

4. Résultats définitifs des résections articulaires. M. Ollier, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

5. Gilvanocostique. M. Julliard, professeur de clinique chirurgicale à Genève.

6. Baraquements de transports de blessés.

7. Des fistules péniennes. M. J.-L. Reverdin, chirurgien adjoint de l'hôpital cantonal, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire à Genève.

TROISIÈME SECTION. — *Accouchements, gynécologie* : 1. Souffle placentaire. M. Rapin, de Lausanne.

2. Alimentation artificielle des enfants du premier âge. M. Zweifel, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Erlangen.

3. Anesthésie pendant l'accouchement. M. Piéchaud, ex-chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève.

4. De la loi d'accroissement des enfants pendant leur première année et de ses déviations physiologiques et pathologiques. M. Odier, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève.

5. Dysménorrhée pseudo-membraneuse. M. Gautier, médecin à l'hôpital Butini, à Genève.

QUATRIÈME SECTION. — *Médecine publique* : 1. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. M. Magnan, médecin de l'hôpital Sainte-Anne, à Paris.

2. Influence des adultérations des liqueurs alcooliques sur la santé de ceux qui les fabriquent et les consomment. M. Guillaume, de Neuchâtel (Suisse).

3. Questions de géographie médicale. M. H. Cl. Lombard, de Genève.

4. Influence de l'immigration de la population des campagnes dans les villes. M. Durand, professeur d'hygiène à Genève.

CINQUIÈME SECTION. — *Sciences biologiques* : 1. Caractères physiques de la torpille. Analogies physiologiques de cette décharge avec la contraction musculaire. M. Marey, professeur au Collége de France.

2. Localisations cérébrales. M. Broadbent, médecin et professeur à l'hôpital Saint-Mary (Londres).

3. De la cause du sommeil. M. Preyer, professeur de physiologie à Iéna.

4. Entozoaires de l'homme. M. C. Vogt, professeur à l'Université de Genève.

5. Fonctions de la rate. M. Schiff, professeur de physiologie à Genève.

6. Histologie de l'œuf et rôle du zoosperme dans la fécondation. M. H. Fol, de Genève.

7. Antagonisme physiologique. M. Prévost, médecin en chef de l'hôpital cantonal, professeur de thérapeutique à Genève.

SIXIÈME SECTION. — *Ophthalmologie*, etc. : 1. Indications de l'énucléation du globe de l'œil dans ses rapports avec l'ophthalmie sympathique. M. Warlomont, de Bruxelles.

2. Etiologie et prophylaxie de la myopie. M. Haltenhoff, de Genève.

3. Quelles sont les meilleures méthodes pour déterminer l'étendue des principales fonctions de l'organe visuel : *a*) acuité, *b*) perception des couleurs, *c*) réfraction et accommodation, *d*) champ visuel (vision indirecte), *e*) mobilité de l'œil. M. H. Fol, de Genève.

4. Ténotomie du tensor tympani. M. Colladon, de Genève.

FORMULAIRE

GOUTTES RUSSES. — NIEMEYER.

Teinture éthérée de valériane.	8 grammes.
Vin d'ipéca	4 —
Laudanum de Sydenham.	1 gr. 30 centigr.
Essence de menthe poivrée	5 gouttes.

Mêlez. — Ce remède est conseillé pour combattre les vomissements opiniâtres du choléra. — Glace à l'intérieur, eau de Seltz et vin de Bordeaux, ou vin de Champagne. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 28 Juillet 1787.

Lecointe, docteur en médecine de Montpellier, écrit à un journal une longue lettre dans laquelle il émet des idées qu'il est bon de ne pas oublier :

« Les quadrupèdes, dit-il, destinés à l'agriculture, au service et à la nourriture de l'homme, sont atteints de maladies éruptives, qui, semblables à la petite vérole, sont inséparables de leur existence ; de sorte que tous y sont exposés (un très-petit nombre excepté).

Six mille personnes vaccinées ont été journellement exposées, à Constantinople, à tous les dangers de la peste, sans contracter cette terrible maladie ; elles n'ont cessé d'y jouir de la santé la plus inaltérable au milieu de tous les genres de contagion. L'inoculation de la vaccine paraît de même avoir préservé de la clavelée les moutons qui y ont été soumis. Ces premières expériences ont fait espérer que la vaccine employée sur les bœufs, les chevaux, les chiens, etc., tous sujets à des maladies dépuratives, les mettrait probablement à l'abri des épidémies meurtrières qui portent communément de si grands dommages à l'agriculture.

Les chiens ne sont-ils pas soumis à une espèce de catarrhe convulsif qui en détruit un grand nombre, sans compter la rage ? Les bœufs n'ont-ils pas une maladie qui leur est propre, abstraction faite des épizooties qui les détruisent rapidement ? Les chevaux, les mules et les mulets ne sont-ils pas sujets à la *gourme*, maladie qui les frappe tous à l'âge de trois ou quatre ans, sans faire mention de la morve et autres épidémies qui en enlèvent, chaque année, un grand nombre, au détriment de la culture de nos champs ?

Ne serait-ce pas, Messieurs, *une découverte importante à l'agriculture et, par conséquent, à l'humanité, que celle de constater si la vaccine employée sur tous ces animaux peut les mettre à l'abri des maladies qui les font périr en si grand nombre ?* » — A. Ch.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Baudens (Édouard-Auguste), officier de la Légion d'honneur, décédé, à Paris, dans sa 78e année, ainsi que celle de M. le docteur Goupil, très-honorable praticien de Paris, qui vient de mourir à un âge très-avancé.

Les dépouilles de Montyon à l'Hôtel-Dieu. — Les restes mortels de Montyon, le grand philanthrope, qui reposaient sous sa statue, placée dans le péristyle de l'ancien Hôtel-Dieu, viennent d'être transportés à l'église Saint-Julien-le-Pauvre, en attendant que le monument qu'on lui élèvera au nouvel Hôtel-Dieu soit achevé.

Montyon mourut en 1820, il fut enterré au cimetière Montparnasse, mais en 1828 on lui éleva un monument à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme de bien est né en 1733. Son père lui avait laissé une fortune considérable dont il fit le plus noble usage.

Esprit distingué, écrivain éloquent, Montyon fut couronné par l'Académie française pour son *Éloge de Michel de l'Hospital.* Vivant à la fin du XVIIIe siècle, Montyon était entraîné vers les idées nouvelles, il avait protesté avec chaleur contre l'inique condamnation de La Chalotais ; au commencement de la Révolution, il quitta la France, mais il ne prit aucune part aux intrigues et aux conspirations royalistes. Montyon trouvait insupportable pour un homme libre le régime impérial et il ne rentra en France qu'après la chute de l'empire.

Pendant sa vie, Montyon avait établi bien des fondations louables. Un prix annuel pour l'ouvrage le plus utile à la société — un autre pour un acte de vertu fait par un Français pauvre. Par son testament, il laissa la plus grande partie de son immense fortune aux hospices de Paris. (*La France.*)

Cirques. — Sont nommés médecins des cirques d'Hiver et des Champs-Élysées, les docteurs : MM. Raymond, Ley, Bermont, Siry, Bouchard, Pietri, Dal Piaz, Delineau, Pilleri, Wecher, pour le cirque d'Été ; — MM. Delineau, Miot, Ehrard, Géry, Deroche, Escoffier, Bureau, Bourgeois, De Montfumat, Sabattier, pour le cirque d'Hiver.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris se réunira le samedi 28 juillet 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Camuset sur la candidature de M. Romié (de Liége). — 2° Communication de M. Dubuc. — 3° De la réduction dans le paraphimosis, par M. Gillette. — 4° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DE LA MÉDICATION SALICYLÉE ET DE QUELQUES AUTRES ANTISEPTIQUES

Le mouvement considérable qui entraîne la médecine dans le sens de l'infection, et en particulier de l'infection parasitaire, ne cesse de se produire et de provoquer, dans l'ordre de la thérapeutique, des recherches relatives aux propriétés et à l'action des agents antiseptiques.

Je dois d'abord citer en tête de ce chapitre l'acide salicylique, la salicine et les salicylates, dont la réputation dépasse déjà celle, cependant assez notoire, à laquelle l'acide phénique et le camphre avaient atteint. Du reste, ce n'est pas seulement à titre d'antiseptique que l'acide salicylique est administré; mais, après la note que M. G. Sée a lue à l'Académie sur ce sujet, et que l'UNION MÉDICALE a reproduite *in extenso* après le travail qui a été publié par M. le docteur Petit (dans le *Bulletin de thérapeutique*), et tant d'autres travaux, je me garderai d'insister longuement sur ce point.

Tandis que le docteur Berthold, de Dresde, employait l'acide salicylique dans la gangrène pulmonaire, dans la stomatite catarrhale, dans le muguet et dans les sueurs locales (*Bull. de thérap.*, XCI), le docteur Boyland l'utilisait en Amérique, contre la blennorrhagie (*Americ. Journ. of med. sc.*, 1875). Le docteur Maclagan a établi son efficacité dans le traitement du rhumatisme aigu, et l'étude qu'il a faite de ce médicament lui a fait préférer à l'acide salicylique la salicine, qui n'a pas comme lui l'inconvénient d'irriter la gorge et l'estomac, et qu'il donne à la dose de 0,60 centig. toutes les deux heures, jusqu'à concurrence de 10 grammes dans les vingt-quatre heures, et cela, dit-il, sans inconvénient. Les mêmes résultats ont été obtenus par le docteur Stricker (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1876). En même temps, à Marseille, M. Garcin, sous la direction de mon ami le professeur Fabre, observait l'influence remarquable de l'acide salicylique sur la température fébrile, laquelle se manifeste rapidement par des rémissions vespérales, ou bien, tardivement et après accumulation, parfois même après la suspension de l'administration du médicament, par un abaissement de température plus ou moins prolongé. Le dicrotisme du pouls, qui résulterait encore de cette influence serait, selon le même auteur, le meilleur signe qu'il faut arrêter cette médication (*Journ. de thérap.*).

FEUILLETON

[M. le professeur LASÈGUE a la bonté de nous communiquer l'article suivant, qu'il doit publier dans le premier numéro des *Archives générales de médecine*. C'est une bonne fortune pour nos lecteurs, dont ils remercieront, avec nous, notre savant confrère.]

LE NOUVEL HOTEL-DIEU

Dans quelques semaines l'ancien Hôtel-Dieu de Paris n'existera plus, et il ne restera que le souvenir de ces bâtiments pittoresques auxquels nous rattachaient tant de réminiscences. Il est pénible de se séparer d'un ami qui part pour un lointain voyage; il est plus douloureux encore de voir disparaître la maison où on a vécu de bonnes et fructueuses années. Rien n'était regrettable : le logis n'avait ni solidité ni commodité, mais il conservait la qualité suprême que l'architecte doit mettre au-dessus de tous les autres : *Delectationem.* On l'aimait avec ses défauts; malades et médecins s'y trouvaient à l'aise, et par habitude on était indulgent aux côtés défectueux.

Le nouvel Hôtel-Dieu, construit d'hier, a cependant déjà son passé; notre génération l'a vu autre, et la démolition qui va atteindre son prédécesseur ne l'a pas même épargné. Plus d'un million a été dépensé pour que les toitures fussent au niveau d'une hygiène de parti pris, on a discuté sur la curabilité des malades dans ses rapports mathématiques avec l'élévation du bâtiment, et, non content de mesurer la quantité d'air dévolue à chaque salle, on a cubé l'air exté-

C'est ce qu'observe de son côté le docteur Ewald, de Berlin (*Practitionner*, 1876).

Les auteurs ne sont pas d'accord, en effet, sur la question de savoir ce qu'il faut préférer de la salicine, de l'acide salicylique et des salicylates, et dans quels cas l'un quelconque de ces agents doit être préféré aux autres. La question a cependant été discutée devant la Société de thérapeutique, mais sans être suffisamment résolue. M. Gubler ayant fait remarquer que la salicine donne, en s'oxydant, de l'acide salicylique, M. Mialhe a ajouté que l'acide salicylique devant se transformer dans le sang en salicylate de soude, il vaut mieux administrer d'emblée ce sel plutôt que les autres produits. MM. Moutard-Martin et Gubler font leurs réserves à ce sujet. Maclagan croit probable que la salicine aussi bien que l'acide salicylique subissent diverses métamorphoses d'où résulte le véritable agent thérapeutique, mais il renonce à déterminer davantage cet agent.

Les études que j'ai faites sur l'acide phénique et ses sels me portent à croire qu'il y a, en effet, certains avantages à employer les salicylates, et en particulier le salicylate de soude. Ce sel est plus stable, ainsi que l'a fait observer M. Limousin à la Société de thérapeutique; il est aussi bien plus soluble, ce qui permet, d'une part, de l'administrer bien plus facilement, et, d'autre part, lui assure aussi une élimination plus facile. Sans compter que son action topique devient ainsi beaucoup plus innocente, aussi bien pour les premières voies que pour les organes d'élimination.

C'est par les reins que ces agents sont surtout éliminés. Peu de temps après l'ingestion du salicylate de soude (demi-heure, Lajoux), on retrouve ce sel dans les urines, qui se colorent en violet d'encre sous l'action du perchlorure de fer. Les sueurs qui suivent l'absorption des agents de la médication salicylée portent à croire que la peau joue aussi son rôle dans cette élimination; on y a même observé des éruptions dues à cette cause; mais les reins en sont la voie d'élection. Aussi a-t-on traité avec succès le catarrhe vésical par l'acide salicylique; M. Gueneau de Mussy a vu sous son influence la fétidité de l'urine rapidement disparaître.

Un fait à signaler encore ici comme étant des plus remarquables, c'est que la salicine en solution ne possède pas la propriété d'arrêter la putréfaction de l'urine à laquelle on la mêle directement, tandis que, si on l'administre à l'intérieur, elle donne en effet à l'urine le pouvoir de résister très-longtemps à la putréfaction. C'est du moins ce que vient de démontrer John Erskine Stuart (*Edinburgh med.*, 1876).

---

rieur. C'est désormais affaire à la statistique de juger la théorie par ses œuvres. Espérons qu'elle nous apprendra combien un étage en moins a rendu de services à l'humanité.

Ainsi décapité, le nouvel Hôtel-Dieu n'a ni perdu ni gagné au point de vue de l'architecture; il s'est enrichi d'une multitude de greniers inutiles remplaçant les salles condamnées et qui permettraient d'assurer à chaque infirmier un vaste appartement pour dortoir. C'est toute une fatigue de parcourir les combles immenses, et c'est tout un regret de penser combien on refusera de pauvres phthisiques qui eussent trouvé là un gîte et un secours.

Le jour où on écrira la biographie de l'Hôtel-Dieu, on aura au moins une intéressante aventure à raconter. Tel qu'il est édifié, l'Hôtel-Dieu nouveau remplace l'ancien avec les perfectionnements exigés de notre temps. Les ascenseurs, les chemins de fer souterrains, les monte-charges, les calorifères, etc., sont en place et tout est bien; rien ne manque, sauf une idée. Au milieu de la ville, dans un quartier délaissé depuis longtemps par la population ouvrière, au voisinage de l'École de médecine, ce qu'il fallait, c'était un hôpital d'instruction. Le rêve eût été de réunir dans la même enceinte tous les enseignements généraux et spéciaux, d'ouvrir des salles pour la médecine, la chirurgie, les maladies de la peau, la syphilis, les maladies des enfants, etc., de rassembler par une attraction puissante les élèves dispersés malgré eux et de fonder ainsi la *maison mère* de la médecine. Forcément, il se fût produit un rayonnement autour de ce foyer; les pratiques spéciales eussent tout gagné au contact des services généraux, et réciproquement les médecins qui tiennent au *grand art* eussent profité de la fréquentation des spécialistes. Le relevé des faits observés dans cet hôpital modèle où auraient afflué les cas rares en toutes choses, eût été à lui seul un grand enseignement. C'est là que les nouveautés auraient trouvé leur contrôle et reçu leur condamnation ou leur sanction; les cours se seraient succédé, entretenant le zèle par une honnête concurrence; l'hôpital n'aurait pas un moment chômé pour la science.

Le docteur Riess a insisté pour sa part (*the Lancet*, 1876) sur l'efficacité du salicylate de soude donné seulement à la dose de 5 grammes chez l'adulte et de 2 grammes chez l'enfant. Ce sont les doses auxquelles je l'ai donné moi-même, en particulier dans le rhumatisme, et, sans qu'il soit nécessaire d'en élever davantage la dose, avec un véritable succès (Soc. méd. des hôp.). M. Martineau paraît lui préférer le salicylate de chaux obtenu par MM. Léger et Debœuf.

Ajoutons enfin que l'on ne saurait employer sans réserve aucun de ces médicaments, jusqu'à ce que l'expérimentation ait bien fixé le rôle qu'ils jouent au milieu des éléments normaux de notre économie. Leur action n'a pas toujours été fidèle, témoin les faits rapportés par M. Martineau, ceux qu'a indiqués M. Leven à la Société de biologie et ceux de M. C. Paul à la Société de thérapeutique. Parfois on a observé de véritables accidents à la suite de leur administration. Le docteur Richardson, par exemple, a vu se produire un abaissement de température inquiétant, avec des intermittences du pouls, après l'ingestion d'acide salicylique, à une dose qui, il faut l'avouer, était un peu bien excessive, 120 grammes en trois jours (*Med. Times*, 1876).

Du reste, à la Société de thérapeutique, on s'est montré assez réservé vis-à-vis de la médication salicylée. M. Moutard-Martin n'a pas observé que ces moyens fussent, dans la fièvre typhoïde, aussi efficaces que l'avait pensé M. Gueneau de Mussy. On le regarderait encore comme un sédatif de la douleur bien plus que comme un antiarthritique. M. Blondeau a été plus loin, et il s'est demandé s'il n'y avait pas de graves inconvénients à user de ces agents. Les dents ne s'en trouveraient pas très-bien, paraît-il, et tout le système osseux aurait à en souffrir. L'élimination considérable de sels de chaux que réalisent les urines, sous leur influence, appauvrirait d'autant le système osseux, et pourrait l'exposer aux lésions les plus graves. Ce serait donc un agent précieux dans tous les cas d'hyperostose quelconque.

Ce n'est pas non plus un inconvénient sans importance, celui qu'a observé M. A. Robin chez les typhoïdes; je veux parler de la diminution des urines excrétées pendant l'usage de l'acide salicylique. Notons encore que l'augmentation des matières extractives, constatée dans ce liquide par le même auteur, pourrait être de quelque avantage, sinon dans les fièvres, au moins dans d'autres cas.

Ajoutons encore aux pièces de ce procès, le fait rapporté par M. Benjamin à la Société de médecine vétérinaire : Un cheval, atteint de pneumonie gangréneuse, prit 10 grammes d'acide salicylqde. A l'autopsie, qui eut lieu quarante-huit heures

---

Au lieu de cet idéal si facile à réaliser, qui eût fait la gloire d'une ville et l'honneur de l'enseignement, le nouvel Hôtel-Dieu se recommandera par les qualités plus modestes de la correction; son équivalent existera partout, même à Paris, à Ménilmontant ou à Lariboisière, et la comparaison portera sur des détails diversement réussis. Les greniers seuls n'auront à craindre aucun parallèle.

Le bâtiment s'ouvre sur le parvis Notre-Dame par une porte basse, appropriée au service mais sans caractère. Cette porte donne accès à une salle des pas perdus qui ne manque pas de grandeur, mais qui vaut mieux par ses proportions que par sa décoration froide. A droite de cette galerie fermée par des vitrages, sont les bureaux de l'administration; à gauche est la salle de consultations, de dimensions excessives et mal étudiée. Les consultants, on en pourrait admettre par centaines, sont assis face à face, et les médecins comme les chirurgiens doivent, pour arriver aux cabinets de consultation, traverser ce long vestibule. C'est un arrangement condamné par l'expérience. La règle est la même pour l'hôpital que pour nos habitations privées; il faut que le médecin accède directement à son cabinet et que la salle d'attente ait une entrée et une sortie différentes; on évite ainsi la confusion, et le malade qui vient de consulter n'est pas soumis aux regards inquisiteurs du malade qui attend son tour.

La disposition des bâtiments destinés aux malades internes n'offre aucune particularité; le plan est connu d'avance, et, il faut bien le dire, les combinaisons ne se multiplient pas à l'infini. Une cour centrale, oblongue, commençant au vestibule d'entrée, finissant à la chapelle, fermée des deux côtée est et ouest par des constructions, et formant ainsi un parallélogramme clos. A droite et à gauche, trois bâtiments parallèles s'adaptant à angle droit sur les côtés du parallélogramme, et laissant entre eux des cours intérieures. En avant, l'administration; en arrière, au nord, la communauté, les amphithéâtres et les laboratoires.

après, l'œsophage et l'estomac portaient de nombreuses ulcérations. Le même auteur rapporte un fait d'après lequel un homme atteint de fièvre typhoïde aurait été pris d'un œdème de la glotte consécutivement à l'action topique de l'acide salicylique. M. Trasbot a signalé le même fait à la Société de thérapeutique.

Dans une note toute récente (*Progrès médical*), due à M. le docteur Descroizilles et à M. Ozenne, on voit relever ces accidents des premières voies dus à l'action topique de l'acide salicylique surtout. La perte de l'ouïe, les vertiges, l'hébétude ont été, de plus, observés par ces mêmes auteurs.

Les mêmes phénomènes ont été observés par le docteur Hermann Weber et consignés par lui dans un mémoire lu à la Société clinique de Londres. Cet auteur aurait même observé des cas de délire et d'autres de collapsus grave (V. *Bull. de thérap.*, 1877). Du reste, en Angleterre comme en France, les opinions sont encore partagées sur toutes ces questions, ainsi que cela résulte de la discussion dont la lecture du mémoire de M. Hermann Weber fut l'occasion dans le sein de la Société clinique.

Quant à la façon d'agir de ce médicament, Binz est d'avis que c'est par l'intermédiaire de ses effets toxiques, qu'il est antipyrétique et antiarthritique ; il agirait ainsi sur les ferments et sur la matière protoplasmatique bien plus que sur le cœur et sur la respiration (*The Practitionner*, 1876). Je n'insiste pas sur ce que cette hypothèse présente d'étroit et de peu probable ; je ne la cite que comme un exemple de cette tendance que je signalais en commençant cet article, et en vertu de laquelle on ne veut plus voir partout que ferments et antiseptiques. Suivant M. Lajoux, il agirait surtout sur les ferments solubles (*Journ. de ph. et de ch.*, 1876).

Du reste, quand on assimile les actes de la nutrition à des phénomènes de fermentation, ainsi que le font aujourd'hui quelques physiologistes, il n'y a rien d'étonnant que l'on retrouve encore la fermentation dans les perturbations de la nutrition. Lauder Brunton, suivant cette idée dans une étude qu'il vient de faire des médicaments altérants (*The Practitionner*, 1876), n'hésite pas à conclure que c'est en modifiant l'action des ferments que les altérants modifient la nutrition. — O Paracelse ! où es-tu ? Comment pourrions-nous rire de toi ?

Pour nombre d'observateurs, l'acide salicylique n'agirait dans le rhumatisme que comme un puissant calmant des douleurs si aiguës de cette maladie ; aussi l'a-t-on donné avec avantage dans la goutte et dans la sciatique, mais rien ne permet d'éta-

---

La cour centrale est heureusement ordonnée, la décoration a de l'ampleur et une certaine originalité. Malgré ces conditions favorables, elle est triste, et il ne saurait en être autrement. C'est une des nécessités du plan adopté par l'architecte, mais que compensent de nombreux avantages. Nous ne parlerons pas des accommodations de détail, de l'organisation du service culinaire, pharmaceutique, des voies de communications intérieures. Toutes ces parties du programme sont remplies avec une louable sollicitude. C'est à l'essai seulement qu'on pourra en apprécier la valeur pratique, et le problème n'est rien moins qu'aisé à résoudre. L'installation de chaque lit répond déjà à une dépense presque colossale ; si les frais quotidiens s'élèvent en proportion, si le personnel doit énormément dépasser le prévu, c'est une faute grave et un argument en faveur de l'opinion qui proteste contre les édifices solennels inutilement onéreux.

Chaque salle comporte vingt-quatre lits largement espacés. La ventilation s'y fait, sans appareil, par les fenêtres, par des ouvertures percées au plafond et par une cheminée d'appel située à l'extrémité. L'aspect en est agréable, le jour s'y distribue librement, l'air y circule, la chaleur y sera convenablement répartie, tout est à louer sans réserve.

Un service hospitalier ne se compose pas seulement du dortoir commun, il implique un certain nombre d'annexes d'un arrangement beaucoup plus délicat. Là deux systèmes sont en présence, l'un qui consiste à dissimuler les dépendances, l'autre qui les étale au grand jour. Pour prendre une comparaison toute appropriée, suivant la première méthode, on procède comme dans les restaurants à l'usage des gens riches ; dans la seconde, on se conforme aux habitudes des restaurants populaires, où la cuisine se fait sous les yeux des consommateurs.

C'est ce dernier parti qui nous semble, malgré les objections, de beaucoup le meilleur. La surveillance n'y est jamais en défaut, et le mouvement qui s'accomplit autour des fourneaux, accessibles à tous, amoindrit la tristesse monotone de la vie cloîtrée.

blir encore nettement qu'il agisse sur la température et sur le pouls. Pour Erskine Stuart, c'est un antiseptique et un astringent ; ses effets antipyrétiques et calmants ne seraient que la conséquence de ces qualités. Aussi le recommande-t-il contre le rhumatisme, contre la fièvre typhoïde et contre la diphthérie. M. Bergeron, toutefois, n'en aurait retiré aucun résultat dans le traitement de cette maladie. Ces mêmes propriétés se retrouveraient, selon Graham Brown, à leur plus haute puissance dans un composé qui n'est autre que le salicylate de quinine, lequel arrête les mouvements amiboïdes des globules blancs et le mouvement brownien des corpuscules inorganiques, comme le fait d'ailleurs le sulfate de quinine (*Edinburg med. J.*, 1876).

On trouvera peut-être que je suis quelque peu sévère pour cette médication. Mais comment ne l'être pas quand on vient d'entendre à la Société de thérapeutique le professeur de thérapeutique de l'Ecole parler ainsi (*Journ. de thérap.*) : « On ne saurait user de trop de prudence dans l'emploi de l'acide salicylique à l'intérieur; c'est un agent dangereux, qui a déjà causé la mort de plusieurs malades. »

Il est cependant une maladie dans laquelle la médication salicylée me semble bien indiquée; c'est la gangrène du poumon. Le journal de Boston cite un cas de guérison dû au docteur Draper (*Boston med. and surg. Journ.*).

— Ayant souvent traité déjà des antiseptiques dans ces Revues, je n'ai plus qu'à ajouter quelques mots relatifs à certains procédés plus récemment employés. C'est d'abord le camphre phéniqué ou composé obtenu par le mélange direct de l'acide phénique et du camphre, et que le docteur Soulez emploie dissous dans l'huile pour les pansements antiseptiques (*Bull. de thérap.*). M. le docteur Soulez a vu disparaître l'érysipèle lui-même, sous l'influence de ce pansement; le fait est qu'il met en œuvre deux puissants antiseptiques réunis en un seul. Ajoutons, toutefois, que M. Ivon ne regarde pas ce mélange comme une combinaison, et qu'il en suspecte la fidélité (*Bull. de thérap.*).

Obéissant aux mêmes préoccupations, le docteur Emile Hermant a eu l'idée d'employer pour le pansement des plaies un mélange par parties égales d'alcool camphré et de chlorure de chaux; il se loue des effets qu'il en a tirés, surtout à titre de désinfectant et d'antiseptique (*Arch. méd. belges*, 1878).

On en peut dire autant du thymol, agent voisin des précédents par la série chimique dans laquelle il se trouve, et au moins aussi efficace que l'acide phénique, par exemple, pour arrêter ou suspendre la putréfaction et toutes les fermenta-

---

Dans le nouvel Hôtel-Dieu, les dépendances ont été sévèrement reléguées dans des pièces étroites, séparées par un couloir et d'une disposition discutable. Le cabinet même de la sœur est trop isolé et ne s'ouvre sur la salle que par un petit vitrage. En voyant ces précautions, on ne peut s'empêcher de penser à la salle Sainte-Jeanne du vieil Hôtel-Dieu, où la religieuse vivait en contact incessant avec les malades, n'ayant pas même une enclave vitrée qui lui servît de refuge. C'était incommode, mais excellent.

Les bâtiments latéraux perpendiculaires à la cour centrale sont reliés entre eux par une série de chambres si étrangement disposées, que nous en sommes encore à comprendre comment on les utilisera pour le service des malades. De ces pièces, les unes contiennent deux lits, les autres un seul; elles communiquent par des portes étroites, se commandant les unes les autres, et ne conviendraient pas même à un hôtel garni. L'innovation, et c'en est une, car on ne trouverait pas un pendant à ce caprice, n'est rien moins qu'heureuse. Si on voulait des chambres à part, encore eût-il fallu les rendre au besoin indépendantes. Sous prétexte d'isoler en apparence un malade atteint d'une affection contagieuse, on le prive de tous secours ou on lui impose la communication constante avec ses voisins de l'autre chambrée.

La sœur, partagée entre le service de la salle commune et celui des chambres, placée sous les ordres des deux médecins, les infirmiers obligés de se multiplier, le directeur mis dans l'impossibilité de voir tout de l'œil du maître, les malades sans surveillance assidue, ne corrigeront pas l'impossible; c'est plus qu'une erreur, c'est une faute.

En revanche, les escaliers, les couloirs, les préaux couverts, les terrasses, flattent par leur grandeur et leur aspect. Les cours secondaires elles-mêmes, bien que trop renfermées, se sauvent par les accessoires des plantations et des fontaines jaillissantes. On ne pouvait pas mieux en pleine ville et sur un terrain étroitement limité.

tions. Sa solubilité dans l'alcool et l'éther et dans les solutions aqueuses d'alcalis, en font un agent d'un emploi facile et sûr, dans ses effets topiques et généraux.

La dysenterie est une de ces affections notoirement septiques et qui sert de pierre de touche à la plupart des médicaments qui nous occupent ici. On y a employé le chloral, ainsi que j'ai déjà eu occasion de le citer, et tout récemment le *Journal médico-chirurgical de Saint-Louis* en rapportait des exemples. On a aussi essayé contre la dysenterie l'usage de l'acide salicylique, d'après le *New-York med. J.*, mais ces divers agents ont, en dehors de leur influence antiseptique, une action topique modificatrice ou même cathérétique dont il importe de tenir compte.

— Enfin, pour finir, je rappellerai la médication sulfitée proposée par Polli, de Milan, et que M. de Pietra Santa préconisait encore récemment (*Journal d'hygiène*, 1876). La phthisie pulmonaire elle-même pourrait être attaquée par ces agents, vu leur qualité d'antiseptiques et de modificateurs des sécrétions produites dans l'intérieur des cavernes.

Je consacrerai une prochaine Revue aux autres médications et aux autres agents thérapeutiques, que les salicylés ne sauraient faire oublier.

A. Ferrand, médecin des hôpitaux.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS CALCULEUSES CHEZ L'HOMME PAR LA LITHOTRITIE, par le docteur Léon Henriet, prosecteur des hôpitaux. Paris, 1877 ; Ad. Delahaye, libraire-éditeur.

Pour présenter au public médical ce travail, sorti d'une bonne école et exécuté par une plume intelligente, je ne saurais mieux faire que de citer les paroles mêmes de l'auteur :

« Le sens de notre étude, dit M. Henriet, doit être bien défini.

« Nous n'avons pas voulu exposer complétement tout ce qui se rapporte à la lithotritie. Ce sujet serait trop vaste pour être renfermé dans les limites d'un travail inaugural. Notre intention a été d'exposer simplement ce qu'il nous a été donné d'observer et de suivre au jour le jour dans un hôpital d'enseignement.

Le bâtiment nord est consacré à la communauté, aux laboratoires et aux amphithéâtres de la Faculté. Les amphithéâtres et les laboratoires des médecins qui n'appartiennent pas à l'enseignement officiel sont situés dans l'aile ouest. Ces dépendances ont été conçues avec une largesse qui touche à la prodigalité. Si l'avancement de la science se mesure par les dimensions des locaux qui lui sont dévolus, on n'aura jamais assisté à un pareil progrès scientifique. Le seul laboratoire de la clinique médico-chirurgicale se compose de deux salles, de trois cabinets à l'usage des chefs de laboratoires et de quelques annexes provisoirement sans destination. L'amphithéâtre des cours est spacieux, mais impropre à l'usage auquel il est adapté.

Ce qui manque à ces dépendances, c'est à la fois la concentration et l'*individualisation*, sans lesquelles le double enseignement de la clinique et du laboratoire, si difficile à concilier, restera lettre morte. Il faut bien peu connaître les étudiants pour supposer qu'après les fatigues d'une longue visite, ils ne compteront pas avec les distances. Toute cette partie pèche par le défaut d'étude. Où il fallait un hôpital-laboratoire on a construit des laboratoires annexés à l'hôpital, pour ainsi dire parasitaires, et qui eussent aussi bien répondu à leur destination si on les avait installés dans quelque maison voisine.

Ces grands espaces ne sont ni compactes ni appropriés aux habitudes hospitalières de la vie médicale. Pas plus que les services, les laboratoires ne doivent être communs, chaque médecin individualise sa pratique comme sa recherche, et rien ne ressemble moins à une Académie qu'un hôpital. Il est à souhaiter que l'événement trompe nos prévisions et réalise de meilleures espérances, ce serait la preuve qu'un esprit nouveau aura inspiré la médecine.

L'organisation du mobilier sera facile, celle du personnel, de la répartition des fonctions administratives, de la surveillance dans l'ensemble et dans le détail présentera d'énormes difficultés. Il est heureux que l'installation du nouvel hôpital soit confiée à un directeur mûri par une longue expérience et d'une ferme volonté. A partir du jour où les services intérieurs fonctionneront, il surviendra bien des obstacles demi-prévus, il faudra redresser plus d'une faute, modifier sinon transformer bien des choses, et ce n'est pas avant un an qu'on pourra porter un jugement définitif.

Ch. L.

« Une année d'internat dans le service des voies urinaires nous a mis à même d'étudier la méthode et ses applications. Guidé par un maître qui a pour principe de mettre, sans compter, au service de ses élèves son expérience et ses conseils, nous avons rassemblé les observations, examiné les faits, et ce sont les résultats de ce travail que nous venons mettre au jour.

« Il ne faut donc s'attendre à trouver dans cette étude ni recherches bibliographiques, ni aperçus historiques, ni tous ces accessoires que comporte une œuvre didactique. Notre travail n'est qu'un résumé d'observations recueillies pendant une période déterminée ; il ne contient que ce qu'elles contiennent; et dans les commentaires et les conclusions obligés, ces observations ont été notre seul guide....

« Nous avons divisé notre travail en trois parties bien distinctes : dans la première, nous étudions en lui-même le traitement de la lithotritie, avec son entourage, c'est-à-dire avec les circonstances qui le précèdent, l'accompagnent et le suivent. Cette partie technique comprend donc l'exposé des soins préliminaires, du manuel opératoire, des complications et des accidents.

« La deuxième partie est consacrée à l'étude des résultats : elle comprend l'exposé statistique de la lithotritie à l'hôpital Necker.

« Enfin, dans une troisième partie, nous avons cherché l'interprétation des faits, de façon à établir la valeur absolue et relative de la méthode, avec ses indications et ses dangers, ses avantages et ses imperfections. »

Nous ne suivrons pas M. Henriet dans sa *Description d'une séance de lithotritie.* En lisant son travail avec toute l'attention que provoque naturellement une étude consciencieuse, nous y avons cherché en vain quelque lacune sérieuse ou quelque longueur qui en diminuât l'intérêt. Les détails, sans doute, sont multiples et minutieux; mais rien n'est à négliger dans une opération délicate, et l'étude spéciale de ces questions démontre à chaque instant l'importance d'une foule de manœuvres trop souvent négligées. Louer les préceptes que contient cette partie technique, ce serait louer la pratique de M. le professeur Guyon, qui n'a plus aujourd'hui besoin d'être appréciée.

On conçoit d'ailleurs l'importance que peut avoir, dans l'étude d'une méthode opératoire, le dépouillement et l'examen critique de tous les faits recueillis dans le service de l'hôpital Necker depuis 1869 jusqu'en 1876.

Appuyé sur une telle base d'opérations, l'auteur pouvait aborder avec autorité l'examen des résultats de la lithotritie, leur interprétation, l'influence de l'état local et de l'état général des calculeux sur les indications de la méthode, la valeur de la lithotritie chez les enfants; il pouvait enfin juger en connaissance de cause *l'avenir de la lithotritie.* Ce dernier paragraphe, qui sert de conclusion au travail, nous semble en résumer l'esprit d'une manière heureuse, en nous montrant l'auteur soucieux avant tout de critique sévère, moins enthousiaste que Tompson, et assez maître de lui-même pour placer dans un jour lumineux les mérites de la lithotritie, tout en lui assignant de certaines limites que sans doute elle ne franchira pas, et sachant résister à la passion irréfléchie que montrent beaucoup d'écrivains pour les sujets qu'ils abordent. Ce n'est pas là, dans notre pensée, un éloge banal; car si les travailleurs instruits abondent parmi nous, les esprits vraiment judicieux sont toujours rares.

L.-Gustave RICHELOT,
Prosecteur à la Faculté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1877. — Présidence de M. EMPIS.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Note de M. Vallin sur un travail de M. le docteur Remy Longuet, intitulé : *Du rôle des irrégularités de répartition des pluies dans le développement saisonnier de la fièvre typhoïde.* — Observation de *pleurésie franche chez le vieillard, traitée par la thoracentèse et suivie de guérison,* par M. Straus. Discussion : MM. Moutard-Martin, Féréol, Laboulbène, Blachez, Millard, Desnos, Straus, Gérin-Roze, Guyot, Bucquoy, Ferrand, Hérard. — Présentation de pièces relatives à un cas d'*endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire,* par M. Dujardin-Beaumetz.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Gazette médicale de Bordeaux.* — *Journal de thérapeutique* de M. Gubler. — *Gazette médicale d'Orient.* — *Annales de gynécologie.* — *Archives de médecine navale.*—*Bulletin* de la Société d'anthropologie de Paris.—*Statistique et constitution médicale*

au Havre en 1876, par le docteur Lecadre. — *Annual report of the Board of regents of the Smith Sonian institution showing the operations, expenditures, and condition of the institution for the year* 1875. Washington, 1876.

—

M. Vallin : A l'occasion du dernier rapport sur les *maladies régnantes*, que M. Ernest Besnier nous a lu dans la dernière séance, je demande la permission d'arrêter l'attention de la Société et de M. Ernest Besnier lui-même sur une recherche nouvelle qui me paraît intéressante.

Notre secrétaire général a confirmé, par des observations persévérantes, ce fait que M. Murchison a mis en lumière, à savoir : que la fièvre typhoïde a une marche régulière, constante, en rapport avec les saisons; elle atteint chaque année, au printemps, le point le plus déclive de sa courbe, s'élève progressivement pendant l'été, subit une ascension brusque et considérable en automne, puis décline lentement pendant l'hiver. Mais, en dehors de cette évolution saisonnière de l'endémo-épidémie annuelle, on n'a pu jusqu'ici rattacher les différences d'une année à l'autre à aucune condition météorologique constante, ni à la quantité de pluie tombée, ni à la température moyenne de l'été, etc... Je n'oserais même pas dire que le chiffre plus ou moins élevé du niveau de la nappe d'eau souterraine ait une influence beaucoup plus évidente; je crois en effet que c'est moins le niveau moyen de cette couche, que la fréquence et l'étendue de ses oscillations, qui influe sur le développement et l'extension de la maladie. Quand les pluies sont abondantes et persistantes, les matières organiques qui souillent le sol sont submergées, noyées, soustraites au contact de l'air, la fermentation y est peu active; quand la sécheresse est extrême et prolongée, la privation d'humidité arrête bientôt la décomposition putride. La fermentation, au contraire, sera très-active quand ces matières seront alternativement humectées et soumises à l'action de l'air, de la lumière, de la chaleur. C'est de cette façon que la théorie de Petenkofer me paraît applicable à la marche et au développement de la fièvre typhoïde.

A la suite d'un article que j'ai publié sur ce sujet dans la *Gazette hebdomadaire* (1876, page 788), un jeune médecin de l'armée, M. le docteur Rémy Longuet, m'a écrit pour me communiquer des recherches qu'il a faites dans ce sens. Ne pouvant obtenir d'indications précises sur les oscillations de la nappe d'eau souterraine, il a pris une voie détournée; il a recherché s'il n'y avait pas un certain rapport entre la fréquence des fièvres typhoïdes et les alternatives de pluie et de sécheresse de l'atmosphère. Il a mesuré, non la quantité absolue de pluie tombée, mais l'étendue des oscillations de la ligne des pluies. Supposons un quadrillé dont les lignes horizontales représentent les centimètres de pluie tombée, et les lignes verticales les semaines ou les mois : voici une année où, pendant le semestre d'été-automne, il y a eu au total 45 centimètres de pluie; pendant chacun des six mois il est tombé régulièrement 7 à 8 centimètres d'eau pluviale. Au contraire, dans le semestre correspondant de l'année suivante, il est également tombé 45 centimètres de pluie; mais cette quantité a été de 0 en juin et dans chacun des mois pairs; elle a été de 15 centimètres en juillet et dans tous les mois impairs. Il est évident que, dans cette dernière année, la ligne développée des oscillations pluviales, allongée comme si l'on tendait ses deux extrémités pour la rendre rectiligne, il est évident que cette ligne sera beaucoup plus longue que dans la première année, malgré l'égalité du chiffre de la pluie tombée dans l'une et l'autre année. Cette mesure pourrait d'ailleurs être facilement obtenue à l'aide du curvimètre, qui, depuis quelques années, sert à mesurer la longueur des cours d'eau sur les cartes géographiques. M. Longuet a montré que ce n'est pas l'année où il est tombé le moins d'eau ou le plus d'eau qui fournit le plus de décès typhoïdes, mais bien celle où les alternatives de pluie et de sécheresse ont été les plus grandes.

Les deux années les plus chargées de décès typhoïdes dans les hôpitaux de Paris sont à peu près celles où cette ligne développée est la plus longue :

1868 — 358 décès typhoïdes, — 67 divisions arbitraires.
1869 — 368 — 65 divisions.

Inversement, les années les moins chargées de décès typhoïdes ont les lignes d'oscillations pluviales les plus courtes :

1874 — 235 décès typhoïdes, — 30 divisions.
1875 — 279 — 46 divisions.

La série des années ne présente pas toujours cette concordance parfaite entre les chiffres des décès et les longueurs de la ligne pluviale; c'est ainsi qu'en 1876, la ligne n'est représentée que par le chiffre proportionnel 53, alors qu'il y a eu le chiffre extraordinaire de 759 décès typhoïdes. Mais il n'entre dans l'esprit de personne de rattacher à un seul élément, et surtout à un élément météorologique, l'évolution d'une maladie spécifique, infectio-contagieuse,

comme la fièvre typhoïde; il ne s'agit ici, bien entendu, que d'une influence préparante, prédisposante, non d'une cause efficiente, prochaine.

Les recherches de M. Longuet ont été inspirées par les remarquables rapports de M. Ernest Besnier; si les résultats qui en découlent se confirment, je serai, pour ma part, heureux de voir notre savant secrétaire général recueillir le fruit des laborieuses observations qu'il accumule depuis tant d'années, et qui ne lui ont valu jusqu'ici que nos félicitations bien sincères assurément, mais un peu platoniques; il ne lui eût pas déplu, j'en suis sûr, de voir ces importantes études d'étiologie provoquer une discussion qui n'eût pas manqué d'être féconde. Le mémoire de M. Longuet me paraît des plus intéressants, et, si la Société me le permet, je me propose de lui donner lecture, dans la prochaine séance, du travail que je me suis contenté d'analyser très-rapidement.

M. Straus communique à la Société une observation de pleurésie franche chez une femme âgée de 72 ans, pleurésie accompagnée d'un épanchement considérable ayant nécessité la thoracentèse, et suivie de guérison. (Voy. Union Médicale des 26 et 28 juillet 1877.)

M. Moutard-Martin : La pleurésie franche, nettement inflammatoire, est rare, en effet, chez le vieillard, et, à ce titre, le fait dont M. Straus vient de nous entretenir est fort intéressant; mais cette rareté n'est pas telle que nous n'en rencontrions de temps en temps des exemples; ainsi, dernièrement, j'ai soigné et traité également par la thoracentèse une pleurésie franche chez un vieillard de 78 ans; sa guérison a été rapide. Je me souviens encore de deux ou trois cas semblables que j'ai observés il y a déjà bien longtemps à la Salpêtrière, et qui ont aussi parfaitement guéri par les moyens employés à cette époque. Ainsi donc, la gravité des pleurésies franches chez le vieillard a été fortement exagérée par Beau, et j'ajouterai que la thoracentèse est aussi bien indiquée chez les vieillards que chez les adultes, et qu'elle n'y est pas suivie de plus d'accidents.

Je profiterai de cette occasion pour communiquer à mes collègues les remarques que je fais depuis quatre mois au sujet de la thoracentèse; il me semble que cette opération ne nous donne plus, depuis quelque temps, des guérisons aussi nettes et aussi rapides. Je ne vois plus aujourd'hui la fièvre tomber après la thoracentèse; le liquide se reproduit, et j'ai dû revenir à cette opération plusieurs fois chez les mêmes malades, sans pourtant qu'il s'agisse de pleurésies purulentes. J'en observe qui ont de la fièvre depuis plus de six semaines, et dont l'épanchement tend toujours à se reproduire. Serait-ce le fait d'une constitution médicale particulière?

M. Féréol : Je me souviens, pour ma part, d'avoir observé et vu guérir par la thoracentèse quelques cas de pleurésie franche chez les vieillards, aux Incurables. L'un de ces malades, âgé de 70 ans, guérit très-rapidement à la suite d'une thoracentèse qui nous donna deux litres de liquide environ.

Quant aux récidives dont parle M. Moutard-Martin, je n'ai rien vu de semblable, et si quelques-unes des pleurésies que j'ai eu à soigner ont mis une grande obstination à guérir, j'en ai trouvé la cause dans la fréquence des poussées tuberculeuses qui les accompagnaient.

M. Laboulbène : Il m'a été donné d'observer, pendant deux années passées à Sainte-Périne, 7 à 8 cas de pleurésies aiguës chez des vieillards, pleurésies qui toutes ont guéri rapidement, soit à l'aide de la thoracentèse, soit avec l'emploi des vésicatoires; j'ajouterai que dans tous ces cas l'épanchement était abondant.

M. Blachez : Depuis le mois de janvier j'ai opéré dans mon service, à l'hôpital Necker, quatre malades atteints de pleurésie. Deux de ces malades, âgés de 30 à 40 ans, ont guéri assez rapidement; mais les deux autres m'ont présenté des particularités singulières.

Le premier est un homme atteint d'une pleurésie gauche avec épanchement considérable et déplacement du cœur. Une première ponction donna issue à quatre litres d'un liquide sanguinolent. Au bout de neuf jours l'épanchement s'était reproduit, nécessitant une nouvelle ponction; nous eûmes, cette fois, du sang presque pur; après avoir extrait plus de trois litres de ce liquide nous arrêtâmes l'écoulement; le malade était devenu pâle, exsangue ; mais il était soulagé. La matité n'avait pas entièrement disparu. Pendant six semaines la situation de cet homme était assez bonne; mais ce matin la dyspnée étant devenue très-intense, nous fîmes une troisième ponction qui donna 50 grammes environ d'un liquide sanguinolent; une quatrième ponction, pratiquée immédiatement dans un autre espace intercostal, nous donna une petite quantité d'un liquide un peu moins sanguinolent. Le résultat de ces ponctions, la matité absolue, la dilatation de tout ce côté de la poitrine, l'absence de tout murmure vésiculaire, l'existence d'un souffle léger, à peine perceptible, me font croire, chez ce malade, à l'existence d'une pleurésie exsudative en voie de cloisonnement. Je continuerai à l'observer et j'aurai probablement l'occasion d'en reparler à la Société.

Le second malade atteint d'hydro-pneumothorax fut ponctionné dans le courant du mois de

janvier, le liquide obtenu était un liquide citrin, parfaitement clair. Aujourd'hui cet homme va aussi bien que possible.

M. Millard : Les pleurésies que j'ai observées dans le même hôpital que M. Moutard-Martin, à Beaujon, ne m'ont point présenté cette résistance et cette tendance aux récidives dont a parlé mon honorable collègue, et je dois dire qu'elles étaient pourtant accompagnées d'épanchements abondants.

Quant à la digitale, même à titre de diurétique seulement, comme l'a administrée M. Straus, je m'abstiendrai toujours de la donner, dans la pleurésie gauche surtout, dans la crainte d'une action fâcheuse sur le cœur.

M. Straus : En donnant une macération de 0,30 à 0,50 centigrammes de feuilles fraîches de digitale, j'ai observé une diurèse bien nette, sans effet notable sur le cœur.

M. Desnos : J'ai observé dernièrement, à la suite de la thoracentèse, certaines particularités que je m'explique difficilement. J'opère un malade auquel j'enlève seulement deux litres de liquide; sa plèvre en contenait davantage. Aussitôt son pouls devient très-accéléré et monte à plus de 150 par minute, la respiration arrive à 30, la température à 38° et quelques dixièmes. Le pouls, malgré sa fréquence, reste très-régulier.

Le lendemain, le pouls est retombé à 80 pulsations, et le malade se trouve mieux. Au bout de 8 à 10 jours l'épanchement est redevenu très-abondant, les accès de suffocation ont reparu, Une seconde ponction nous donne deux litres d'un liquide sanguinolent. Aussitôt cette nouvelle ponction le pouls remonte à 150 par minute, la respiration à 30, et la température reste assez bonne. Le lendemain, comme après la première ponction, le calme se rétablit et le malade se trouve mieux. Enfin, quelques jours plus tard, une troisième ponction devenue nécessaire nous donne 300 grammes d'un liquide encore sanguinolent; mais cette fois la fréquence du pouls ne se modifie pas à la suite, et l'amélioration du malade continue.

A quoi peut être due cette fréquence du pouls après la thoracentèse? J'ai pensé à une altération du cœur; mais l'épanchement était à droite, et l'auscultation ne révéla aucun souffle d'affection cardiaque. J'ai songé enfin à une accélération du pouls consécutive aux modifications circulatoires du poumon par suite de la décompression pulmonaire; mais que de fois n'observe-t-on pas cette décompression du poumon sans accélération du pouls? Ainsi donc, je le répète, je n'ai point trouvé d'explication suffisante à ce fait si singulier.

M. Gérin-Roze : Nous sommes habitués à porter un pronostic fâcheux quand nous voyons sortir du sang par la canule, en pratiquant une thoracentèse. Les faits dont on vient de nous parler démontrent que ce pronostic n'est pas toujours aussi sévère; j'ai moi-même été témoin d'un cas analogue qui s'est présenté pourtant dans des circonstances bien défavorables. C'était un homme âgé de 62 ans, atteint d'une affection organique du cœur avec albuminurie, bronchite chronique et anasarque. Il était survenu chez cet homme un épanchement abondant du côté droit, avec une dyspnée telle que je dus pratiquer la thoracentèse pour le soustraire à une suffocation imminente. La canule donna issue à deux litres d'un liquide tellement sanguinolent qu'on aurait pu le prendre pour du sang presque pur. J'arrêtai l'écoulement avant d'avoir évacué entièrement le liquide pleural, et le lendemain le malade se trouva fort soulagé. Trois semaines plus tard, le murmure vésiculaire était revenu du côté droit. Au bout d'un an j'eus l'occasion de le revoir avec M. Hérard, et nous pûmes constater qu'il n'existait plus aucune trace de son épanchement pleurétique; mais il succomba quelques mois après, par suite des progrès de l'asphyxie tenant à son affection cardiaque et à son albuminurie. D'où provenait le sang qui s'était mélangé en aussi grande quantité au liquide pleurétique? Vraisemblablement de fausses membranes pleurales. Mais je conserve des doutes à cet égard.

M. Féréol : Il arrive que la sérosité tirée de la plèvre est en effet extrêmement rouge et ressemble à du sang pur. Mais en l'examinant au microscope, on est étonné du petit nombre de globules rouges qu'elle contient.

M. Guyot : J'ai observé également dans mon service une jeune femme atteinte de pleurésie, et chez laquelle une thoracentèse, ayant donné issue à 1,400 grammes d'un liquide ressemblant à du sang pur, a été suivie de guérison au bout de trois semaines. J'ajouterai qu'il m'est arrivé, comme à M. Blachez, d'extraire de la poitrine un liquide séreux dans un cas d'hydro-pneumothorax. Ce fait n'est vraiment pas tout à fait exceptionnel.

M. Laboulbène : Chez une femme qui avait été opérée pour un cancer du sein, nous avons extrait de la poitrine un liquide qui paraissait être du sang pur; mais en analysant ce liquide, il a été facile de voir qu'il était constitué par de la sérosité fortement teintée par la matière colorante du sang. Cette femme, très-soulagée, a vécu encore trois mois après la thoracentèse, et elle n'a succombé qu'aux progrès de la généralisation du cancer.

M. BUCQUOY : L'an dernier j'ai fait une ponction chez un homme robuste atteint d'épanchement pleural. Cette ponction donna issue à 2 litres d'un liquide très-rouge, ressemblant à du sang pur. Je craignis alors pour l'avenir de ce malade; mais il n'en fut rien, car il guérit parfaitement bien.

Je me souviens aussi d'un cas d'hydro-pneumothorax, où la quantité du liquide et les accès de suffocation nous obligèrent à pratiquer la thoracentèse, et où l'opération nous donna un liquide séreux en grande abondance.

La guérison s'ensuivit, du moins pour un temps; car, au bout d'un an, il fallut pratiquer l'opération de l'empyème à ce malade, et il ne tarda pas à succomber.

J'ai pratiqué déjà un assez grand nombre de thoracentèses chez des malades atteints de pleurésies survenues dans le cours d'une maladie de cœur ou d'un mal de Bright, et j'ai toujours été surpris de voir que ces épanchements, après une ou deux ponctions, ne se reproduisaient pas, alors que l'hydropisie persistait dans les autres parties de l'économie. L'an dernier, j'ai opéré à deux reprises une femme présentant des accidents multiples et, en particulier, des thromboses; la guérison de l'épanchement s'est maintenue après la seconde ponction.

M. FERRAND : Je communiquerai prochainement à la Société l'observation d'une malade qui s'est trouvée dans les conditions dont parle M. Bucquoy. Il s'agit d'une femme âgée présentant une lésion cardiaque et une néphrite albumineuse; elle était sur le point d'asphyxier, ses extrémités étaient livides, son corps couvert de taches ecchymotiques. Il était survenu chez elle, depuis quelques jours, un épanchement thoracique du côté droit; je fis la ponction de la poitrine; un mois s'est écoulé depuis, l'épanchement ne s'est pas reproduit, et tout danger immédiat a disparu.

M. GÉRIN-ROZE : J'ai employé la digitale dans certains cas de pleurésies survenues dans le cours d'une affection organique du cœur; je m'en suis servi à la manière de M. Hérard, c'est-à-dire à la dose de 0,50 centigrammes de poudre de feuilles, en macération dans un verre d'eau, que j'ai aromatisé avec du sirop d'écorces d'oranges amères, et fait prendre en quatre fois dans la journée, et je puis affirmer qu'il n'est jamais arrivé d'accidents; toujours, au contraire, je m'en suis trouvé bien, au point de vue de la diurèse et de la diminution de l'épanchement.

M. FÉRÉOL : J'ai essayé la digitale dans des cas analogues, et je dois dire que, si je n'ai point observé ces effets remarquables qu'elle donne dans les maladies du cœur, elle n'a point non plus causé d'accidents.

M. HÉRARD : Ce que j'ai observé avec la digitale est conforme à ce que dit M. Féréol; toujours elle donne des résultats avantageux dans les cas d'hydropisie cardiaque; ses effets sont, au contraire, nuls ou insignifiants dans les hydropisies qui tiennent à toute autre cause.

M. MOUTARD-MARTIN : La thoracentèse m'a toujours paru très-utile dans les cas d'hydropisie pleurale secondaire, dans le cours des maladies du cœur ou de la maladie de Bright, par exemple; ces hydropisies ne sont pas toujours bilatérales, qu'on ne s'y trompe pas; et je ne suis nullement surpris de voir qu'elles ne se reproduisent pas toujours après la thoracentèse. Nous les voyons bien disparaître quelquefois d'elles-mêmes, pourquoi la thoracentèse n'arriverait-elle pas au même résultat?

M. BUCQUOY : Certainement cette opération, toute palliative qu'elle est, rend des services éminents. Je ne doute pas non plus qu'on ne puisse rencontrer des hydrothorax unilatéraux; ce ne sont pas cependant, je crois, les plus fréquents, et d'ailleurs, dans les cas d'épanchements thoraciques secondaires et unilatéraux dont j'ai parlé, j'ai toujours rencontré, à l'autopsie, des fausses membranes recouvrant la plèvre du côté malade.

—

M. BEAUMETZ présente des pièces relatives à un cas d'endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. (Sera publié prochainement.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, DUGUET.

Éphémérides Médicales. — 31 JUILLET 1666.

—

Lettre inédite, et en latin, de Guy Patin à son ami Daniel Horstius, de Francfort. Nous en détachons le passage suivant :

« Vous m'avez demandé quel pourrait être le livre, écrit en français, et qui, tourné en latin, serait d'une grande utilité. J'ai souvent songé à cela, et, après mûre délibération, je vous dirai en toute liberté et en toute vérité que, de tous nos livres, le meilleur, le plus remarquable, le

plus utile, c'est celui qu'on appelle vulgairement *La sagesse de Charon*; cet ouvrage assurément a été souvent édité chez nous en français, mais jamais tourné en latin; la meilleure de toutes les éditions est celle d'Amsterdam; la première est celle de Bordeaux, qui a vu le jour l'année même de ma naissance, c'est-à-dire en 1601. Je voudrais que ce livre fût entre les mains de tous; il est admirable dans son style, logique dans la méthode; je ne crois pas qu'aucun ne mérite mieux que lui le titre de *Ethica Christiana*..... » — A. Ch.

FORMULAIRE

Pilules contre l'acné. — Chantry.

Iodure de soufre. . . . . 0 gr. 30 centigr.
Extrait de douce-amère . . . . . . 1 gr. 20 centigr.

F. s. a. 10 pilules.

Une par jour, puis deux et trois, suivant la tolérance, aux personnes atteintes d'acné. En outre, on fait, matin et soir, des lotions locales avec de l'eau tiède additionnée d'une cuillerée à soupe du mélange suivant, recommandé par le professeur Hardy :

Teinture de benjoin . . . . } *ãã*. . . 4 grammes.
Sulfure de potassium. . . . . }
Eau distillée. . . . . 100 —

En cas d'inflammation trop vive, on se contente de lotions avec de l'eau de son filtrée. — — Si l'iodure de soufre n'était pas supporté, on pourrait essayer d'administrer l'iodure de potassium, en arrivant assez vite à la dose de 4 grammes par jour. En outre, on frictionnerait la peau, tous les soirs, avec de l'axonge additionnée de la moitié de son poids de soufre sublimé. — N. G.

COURRIER

La statue de l'abbé de l'Épée par un sourd-muet. — Un ancien élève de l'Institution nationale de la rue Saint-Jacques et de l'École des beaux-arts, M. Félix Martin, sourd-muet de naissance, s'est volontairement imposé la mission de payer à l'abbé de l'Épée la dette de reconnaissance de ses frères d'infortune qui lui doivent leur émancipation intellectuelle et morale; il a conçu et exécuté un groupe qui représente l'abbé de l'Épée instruisant un jeune sourd-muet.

Ce groupe monumental, qui a obtenu une mention honorable à la dernière Exposition, ne pouvait être mieux placé, dans la pensée de son auteur, que dans la cour de l'Institution de Paris, berceau de toutes les Écoles de sourds-muets du monde. M. Martin vient d'en faire don à cet établissement, et M. le ministre a décidé que la statue de l'abbé de l'Épée occuperait la place désignée par le donateur. Elle présentera, aux générations d'élèves qui passent dans l'Institution, les traits du bienfaiteur des sourds-muets reproduits par un statuaire privé, comme eux, de l'ouïe et de la parole; elle sera, tout à la fois, un témoignage de reconnaissance et un motif d'émulation pour ces élèves, en leur montrant ce que peuvent le travail et la persévérance pour le développement des facultés, qu'à l'égal des autres hommes ils ont reçues de la nature.

La peste bovine. — Une dépêche de Londres, parvenue au département de l'agriculture et du commerce, annonce que la peste bovine vient de reparaître brusquement en Angleterre. Le fléau a éclaté sur deux points différents, à Brighton et dans deux quartiers de Londres.

Des mesures immédiates ont été prises pour empêcher la circulation du bétail dans le rayon des endroits où l'épizootie exerce ses ravages.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants.—Pendant la semaine finissant le 26 juillet 1877, on a constaté 862 décès, savoir :

Variole, 1 décès; — rougeole, 9; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 19; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 45; — pneumonie, 42; — dysenterie, 2; — diarrhée cholériforme des enfants, 23; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 25; — croup, 13; — affections puerpérales, 7; — affections aiguës, 272; — affections chroniques, 329 (dont 135 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 31; — causes accidentelles, 37.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Tandem! denique tandem, le vénérable M. Piorry a obtenu la parole. Dans notre récit des deux dernières séances, nous n'avons pas voulu faire mention de l'incident qui s'était élevé entre M. le président de l'Académie et M. Piorry. Ce dernier s'était fait inscrire pour prendre la parole sur la question de la pathogénie de la fièvre typhoïde. Mais la discussion sur ce sujet s'est trouvée arrêtée par la communication de M. le professeur Sée sur les propriétés thérapeutiques du salicylate de soude. Cette communication a soulevé une discussion non encore terminée, comme n'est pas terminée celle sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. Cet enchevêtrement de questions et de discussions ne faisait pas l'affaire de M. Piorry, qui réclamait avec insistance son droit de parole. — Sur quoi voulez-vous parler? lui demandait le président. — Sur la fièvre typhoïde, lui répondait M. Piorry. — Mais cette question n'est pas à l'ordre du jour, il s'agit du salicylate de soude. Et M. Piorry se retirait fort mécontent et en maugréant. A la séance suivante, M. Piorry réclamait de nouveau son droit de parole. — Sur quoi voulez-vous parler? lui demandait encore l'inflexible président. — Sur le salicylate de soude, répondait bravement M. Piorry. — Eh bien, je vais vous inscrire, et votre tour de parole viendra après vos collègues inscrits avant vous. Et M. Piorry de maugréer de nouveau, et de crier au parti pris et au despotisme du président.

M. le président Bouley paraît avoir été touché et pénétré par les objurgations de M. Piorry, et quoiqu'il n'y eût pas plus de raison hier de lui accorder la parole que dans les séances précédentes, gracieusement il l'a appelé à la tribune.

De quoi a parlé M. Piorry? De tout et *de quibusdam aliis*. Franchement, que peut-on demander à un octogénaire, quelque bien conservé qu'il soit en effet, qui a un passé médical très-accentué, une doctrine, une thérapeutique, un mode de diagnostic, et, pardessus tout, une nomenclature? Que peut-on lui demander autre chose, si ce n'est de rappeler tout cela, d'y insister, de s'y complaire, et de lui donner la préférence sur les recherches modernes? C'est ce qu'a fait hier M. Piorry, et le suivre dans cette revue rétrospective de ses nombreux et méritants travaux nous paraît parfaitement inutile, car, à l'encontre de M. Piorry, sur ce point trop modeste, nous aimons à croire que rien n'est inconnu ou oublié de l'œuvre de M. Piorry.

M. Colin a tenu, même en l'absence de M. Pasteur, à présenter à l'Académie ses objections au mémoire, lu il y a quinze jours par le célèbre expérimentateur, sur la pathogénie de l'affection charbonneuse. Des mémoires de ce genre, basés sur des expérimentations très-délicates, ne peuvent être bien saisis à une simple audition, surtout par ceux qui, comme nous, — et nous allons faire ici un aveu très-imprudent d'ignorance, — ne voient pas bien clair dans la différence qui sépare le *bâtonnet* de la *bactérie*, et celle-ci de la *bactéridie*.

La séance a été terminée par une excellente analyse et un compte rendu appréciatif de quelques communications relatives au typhus exanthématique qui a cruellement sévi, il y a quelques mois, dans la petite île de Molène, distante de quelques kilomètres du port de Brest. Ce tableau, tracé de main de maître par M. J. Rochard, a été chaudement applaudi. M. J. Rochard est le dernier candidat élu par l'Académie, et cette Compagnie savante, en entendant ce substantiel et éloquent travail, a dû se féliciter de son choix, car, en vérité, elle a eu la main heureuse.

HYGIOPOLIS. — On sait qu'il a été question, il y a quelque temps déjà, de la construction, en Angleterre, d'une ville réunissant toutes les conditions d'hygiène désirables et qui, pour cette raison, doit porter le nom « d'Hygiopolis » ou Ville de la Santé.

De Londres, on mande que les travaux vont commencer à l'automne prochain. L'endroit choisi, pour réaliser l'idée de M. Richardson, se trouve dans les environs du bain de mer de Worthing (comté de Sussex). L'architecte et l'ingénieur, chargés des travaux, sont occupés à terminer les plans. Un devis des dépenses a été dressé pour le tracé des rues, la construction d'une jetée et la disposition de divers emplacements.

Hôpital des Enfants-Malades

DU CROUP (1)

Conférences cliniques par M. le docteur ARCHAMBAULT.

Envisagé d'une manière générale et abstraite, le pronostic du croup est des plus graves. Une statistique des années comprises entre 1826 et 1858, due à MM. Sée et Roger, n'a donné que 2,107 guérisons sur 10,721 malades, c'est-à-dire que, sur 5 enfants atteints de croup, il en est mort 4.

Les relevés que j'ai fait faire pour les hôpitaux d'enfants de Paris, de 1866 à 1875, donnent un résultat un peu plus satisfaisant, puisque, sur 2,702 cas de croup, opérés ou non, il y a eu 698 guérisons, c'est-à-dire que, sur 4 enfants atteints de croup, on en a guéri 1, à peu près.

La mortalité est plus grande certaines années que d'autres ; et comme, en thèse générale, elle a été d'autant plus forte que les cas ont été plus multipliés, on a expliqué cette gravité par l'épidémicité ; mais il ne faudrait point adopter cette manière de voir comme une règle, car il y a des épidémies où les cas sont graves et d'autres, au contraire, où ils sont bénins. Ainsi, en 1875, il y a eu de nombreux cas de croup admis à l'hôpital des Enfants, et pourtant nous avons eu 1 guérison sur 3,25. Mais, cette réserve faite, il convient de reconnaître que les années où la maladie a été pour ainsi dire sporadique ont été les plus favorisées. Ainsi, en 1868, par exemple, on a guéri 31 croups sur 74 entrés dans cet hôpital ; vous n'aurez d'ailleurs qu'à jeter les yeux sur les tableaux suivants pour vous faire une opinion sur ces questions :

Hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres).

Cas de croups opérés et non opérés de 1866 à 1875 (10 ans)

ANNÉES	CROUPS OPÉRÉS			CROUPS NON OPÉRÉS			TOTAUX
	Guéris	Décès	Total	Guéris	Décès	Total	
1866.......	27	71	98	12	6	18	116
1867.......	15	55	70	6	14	20	90
1868.......	27	36	63	4	7	11	74
1869.......	12	54	66	10	19	29	95
1870.......	21	43	64	8	36	44	108
1871.......	16	27	43	7	18	25	68
1872.......	29	74	103	14	20	34	137
1873.......	26	80	106	9	29	38	144
1874.......	25	80	105	7	23	30	135
1875.......	38	130	168	6	11	17	185
Total pour 10 ans.	236	650	886	83	183	266	1152

On n'a pas tenu compte, dans cette statistique, des enfants repris par les parents avant la terminaison de la maladie.

Mais, outre cette étude générale du pronostic, il en est une autre qui se fait au lit du malade, et s'applique à chaque cas pris isolément, c'est de celle-ci que vous devez être surtout préoccupés, puisqu'elle vous permettra, si vous la faites avec soin, de reconnaître quels seront les cas susceptibles de donner un résultat favorable. Le croup, comme toute autre maladie, peut être simple ou compliqué de façons très-diverses.

Au point de vue nosologique, on ne peut faire de l'existence des localisations multiples de la diphthérie une complication du croup ; mais, pratiquement et pour apprécier justement les chances bonnes ou mauvaises, il est de la plus haute im-

Hôpital Sainte-Eugénie (enfants), rue de Charenton.

ANNÉES	CROUPS OPÉRÉS				CROUPS NON OPÉRÉS				TOTAUX
	Guéris	Repris par la famille	Décès	Total	Guéris	Repris par la famille	Décès	Total	
1866.......	45	»	84	129	10	»	5	15	144
1867.......	34	»	60	94	1	»	5	6	100
1868.......	38	»	106	144	13	»	13	26	170
1869.......	34	»	95	129	10	»	9	19	148
1870.......	43	»	93	136	1	2	2	5	141
1871.......	15	»	76	91	10	»	23	33	124
1872.......	45	»	143	188	9	»	9	18	206
1873.......	16	29	122	167	5	8	10	18	185
1874.......	10	6	70	86	4	»	1	5	91
1875.......	19	16	152	187	17	8	29	54	241
Totaux...	299	51	1001	1351	80	13	106	199	1550

portance de constater s'il existe une angine très-prononcée, de la diphthérie nasale ou cutanée, et de considérer ces manifestations sinon comme des complications, au moins comme de très-fâcheuses conditions. Il arrive même que l'importance de ces manifestations est telle dans le cas d'angine maligne à marche rapide, par exemple, que le croup passe au second plan. De même, une diphthérie nasale très-étendue indique un danger des plus grands, et ne doit laisser que peu d'espoir sur l'issue favorable du croup. Vous avez vu toutes ces manifestations de la diphthérie dans nos salles, et vous savez que la mort en est la conséquence habituelle. Il en est de même des hémorrhagies qui, évidemment, indiquent une altération spéciale du sang, bien que nous ne la connaissions pas. Ici, comme pour la variole et la scarlatine, ces hémorrhagies sont d'un très-fâcheux pronostic.

Je ne puis passer en revue toutes les conditions qui ajoutent à la gravité du croup, mais je vous rappellerai celles que vous avez pu noter chez nos malades; ainsi la bronchite profonde et la broncho-pneumonie, que je vous ai souvent fait constater à l'aide de leurs signes physiques, à une période peu avancée du croup, et surtout après la trachéotomie; mais malheureusement, quand le larynx est devenu presque imperméable et la dyspnée très-intense, ces signes n'existent plus, et c'est précisément le moment où il serait le plus utile de les constater, puisqu'on a à se décider pour ou contre la trachéotomie. On ne peut guère alors que les soupçonner. M. Millard, dans sa thèse si remarquable, a donné pour signes rationnels de leur existence l'accélération de la respiration s'élevant au-dessus de 50, et celle des pulsations qui dépassent 140; si vous joignez à ces symptômes l'élévation de la température au voisinage de 39 degrés, vous aurez de fortes raisons pour croire à l'existence d'une phlegmasie broncho-pulmonaire compliquant le croup et ajoutant beaucoup à sa gravité.

Tous les croups secondaires à la scarlatine, à la rougeole, à la fièvre typhoïde doivent être considérés comme ayant une gravité particulière; ils ont d'ailleurs des allures spéciales. Anatomiquement, on ne constate pas chez eux une production pseudo-membraneuse aussi abondante et aussi étendue que dans la forme primitive, mais la membrane muqueuse est, comme je vous l'ai fait voir plusieurs fois, malade, ulcérée; c'est une véritable laryngite ulcéreuse avec production pseudo-membraneuse.

Comme symptômes, vous constaterez une altération de la voix, et de la toux moins franchement croupale que dans les formes primitives, la marche des symptômes est plus lente, l'asphyxie se produit moins près du début, et les accès de suffocation sont plus rares et moins intenses; il ne paraît pas y avoir de spasme. C'est une sorte de laryngite à marche lente.

Règle générale, le pronostic de ces croups secondaires est des plus graves. L'organisme des enfants, fortement ébranlé par la maladie antérieure, ne peut plus trouver assez de force de résistance pour lutter contre la diphthérie, et les enfants succombent par asphyxie, ou par intoxication. Il y a cependant lieu de faire des distinctions. Un croup survenant au début d'une fièvre éruptive, chez un enfant non épuisé et jusque-là bien portant, peut laisser de l'espoir. On a cité des exemples de guérison dans ces conditions. J'ai opéré, dans la clientèle de M. le docteur De Wolf, un croup au début d'une rougeole, et nous avons été assez heureux pour voir guérir le malade.

On peut faire les mêmes réflexions pour la scarlatine. Si l'enfant n'est pas épuisé par la pyrexie, et si celle-ci n'a pas une gravité particulière, on peut encore espérer guérir le malade; mais il faut reconnaître que les scarlatines au cours desquelles on voit survenir le croup sont généralement graves, et que, le plus souvent, il y a dans ces cas une angine couenneuse intense avec engorgement ganglionnaire, qui ne permet guère les illusions.

Il y a des conditions qui ne sont plus inhérentes à la maladie, mais au malade, et qui ont une importance très-grande. Vous n'avez pas vu guérir un seul enfant au-dessous de 3 ans, et ce que vous avez constaté cette année dans nos salles est à peu près la règle. Jusqu'à 3 ans, le croup est une des affections les plus meurtrières. A partir de 4 ans, les chances vont en augmentant; mais, à partir de 12 ans, le croup semble prendre la gravité qu'il a chez l'adulte.

La marche du croup, si elle est rapide, doit vous inspirer les plus grandes craintes, qui n'existent pas autant si vous voyez l'angine durer trois ou quatre jours, ou plus, avant que le larynx se prenne; et si, celui-ci étant envahi, les symptômes se développent avec peu d'intensité, et en suivant une marche lente. Si, au contraire, dans un espace de temps très-court, vous voyez l'angine suivie des symptômes du croup, et ceux-ci portés bientôt à un très-haut degré, vous devez avoir l'opinion la plus fâcheuse.

Rappelez-vous la petite fille placée au n° 9 de la salle Ste-Geneviève, chez laquelle, en vingt-quatre heures, le croup avait succédé à l'angine, et chez qui l'état d'asphyxie était tel, que nous fûmes obligés de l'opérer dès l'entrée. C'est là un de ces cas de croup à marche pour ainsi dire foudroyante qui laissent peu d'espoir. En pareille circonstance, il y a très-habituellement de la broncho-pneumonie, et les fausses membranes occupent une grande étendue de l'arbre bronchique. — Les choses peuvent se passer plus rapidement encore. — J'étais étonné autrefois de lire des relations où le croup avait parcouru toutes ses phases en vingt-quatre heures; mais j'ai vu moi-même de ces cas rares. Ainsi, nous avons vu, avec M. Millard, un enfant qui, la veille au soir, n'avait rien dans la gorge, être pris, le lendemain matin, d'angine et des symptômes d'un croup qui, à six heures de cette même journée, était arrivé à la période dyspnéique, et causait la mort dans la nuit, sans que nous ayons jugé opportun d'opérer, précisément à cause de cette marche foudroyante et du jeune âge (l'enfant n'avait pas 2 ans). Les croups d'emblée par le larynx ou par les bronches, avec broncho-pneumonie probable, affectent souvent cette marche rapide et constituent des cas que vous devez considérer comme très-défavorables.

L'absence des diverses conditions fâcheuses que nous venons de passer en revue; l'absence d'accès de suffocation, ou bien leur éloignement et leur peu d'intensité; une asphyxie peu accentuée; le rejet des mucosités catarrhales et de débris de fausses membranes, sont autant de signes favorables, et, dans ces cas, vous pouvez espérer la guérison par les moyens médicaux, surtout par les vomitifs.

Mon intention n'est pas de vous exposer en détail le traitement médical du croup, ce que j'ai déjà fait en partie à propos de la diphthérie. La question se trouve d'ailleurs traitée au complet dans vos livres classiques, notamment dans l'ouvrage de Rilliet et Barthez. Les indications consistent, comme l'indiquent ces auteurs, à employer les moyens propres à déterminer la dissociation des fausses membranes, à favoriser leur expulsion, et à modifier l'état de la muqueuse.

Les résultats du traitement purement médical, dans nos deux hôpitaux d'enfants,

ont été les suivants dans les dix années de 1866 à 1875 inclusivement. — A l'hôpital de la rue de Sèvres, sur 1,152 enfants admis avec le croup, 266 n'ont pas été opérés, et ont donné 83 guérisons, soit 1 sur 3,2. Il importe de remarquer que ce nombre de 266 se compose des cas jugés non opérables à cause des mauvaises conditions où se trouvaient les malades, et des croups qui n'ont point atteint la période asphyxique qui rend l'opération indispensable. Le chiffre de guérison de 1 sur 3,2 par le traitement médical ne peut donc point s'appliquer au croup en général, mais seulement aux cas choisis comme je viens de l'indiquer. — A l'hôpital Sainte-Eugénie, sur 1,550 croups admis, 199 seulement n'ont pas été opérés. Ce qui prouve que dans cet établissement on opère beaucoup plus qu'à l'hôpital de la rue de Sèvres, et permet d'admettre qu'on s'abstient de l'opération seulement pour les cas légers et pour quelques croups absolument désespérés, en raison des complications. Aussi a-t-on obtenu 80 guérisons, ou 1 sur 2,2.

Ces résultats ont été obtenus à l'aide de moyens différents, suivant les services moyens, parmi lesquels les vomitifs ont joué un rôle important. On peut dire avec raison que, jusqu'à présent, il n'y a point de médication que l'on puisse recommander d'une manière spéciale, et qui mérite réellement la confiance des praticiens. On en a vanté un bon nombre que vous trouverez dans vos livres, et dont je m'abstiens de parler, n'ayant rien de nouveau à vous en dire. Je préfère terminer par quelques mots sur la trachéotomie.

Cette opération, Messieurs, est une des plus belles conquêtes de la médecine moderne, et pourtant cette manière de voir, que je voudrais vous faire partager, n'est pas admise partout sans contestation. — En 1813, Royer-Collard pouvait dire que, après avoir compulsé les documents scientifiques du monde entier, il n'y trouvait pas un seul exemple authentique de guérison du croup à l'aide de la trachéotomie. — En 1825, Bretonneau obtenait la première guérison. — En 1833, Trousseau avait un second succès, et vous allez voir quelle place considérable la trachéotomie a conquise depuis cette époque peu éloignée (quarante ans environ).

De 1851 à 1862, Fischer et Bricheteau ont relevé un total de 1,011 opérations avec un quart de guérisons. — A Sainte-Eugénie, d'après les mêmes médecins, de 1855 à 1861, on a obtenu 1 guérison sur 6, et de 1862 à 1867, 1 sur 4.

D'après mes relevés, sur 1,152 croups entrés à l'hôpital des Enfants, 886 ont été opérés et ont donné 236 guérisons (de 1866 à 1875). — A Sainte-Eugénie, sur 1,550 croups admis dans l'établissement, 1,351 ont été opérés, donnant 299 guérisons (de 1866 à 1875).

Nous sommes loin, comme vous le voyez, de l'époque très-rapprochée de nous où Trousseau comptait les succès par quelques unités. Tous nos voisins nous ont imités. En Suisse, une statistique due à la pratique personnelle du docteur Revilliod, professeur de clinique médicale à Genève, donne 39 guérisons sur 87 opérations. C'est le plus beau résultat obtenu jusqu'à présent. — A New-York, d'après une statistique du docteur Jacobi, 213 opérations ont donné 50 guérisons. — Les deux premières opérations faites à l'hôpital des Enfants de Berlin l'ont été en 1861 (docteur Bartells), et, de cette époque jusqu'à 1870, on y a opéré 330 enfants, sur lesquels 103 ont guéri. — En Angleterre, les résultats sont moins favorables, d'après tout ce que disent les médecins de ce pays; mais je n'ai pas de statistique.

En somme, vous pouvez, par ces chiffres, voir combien la trachéotomie est une ressource précieuse, ce dont vous serez encore bien plus convaincus en réfléchissant que tous les enfants auxquels on a pratiqué la trachéotomie étaient infailliblement perdus sans l'opération. Ce n'est pas, Messieurs, que celle-ci soit un mode de traitement du croup ou de la diphthérie des voies respiratoires. Ce n'est qu'un expédient, qu'un moyen à l'aide duquel le praticien empêche l'enfant de périr asphyxié, en faisant une prise d'air au-dessous du larynx; c'est-à-dire au-dessous du point où se trouve l'obstacle à l'entrée de l'air. Quant à une influence sur la maladie elle-même, la trachéotomie n'en a pas; elle fait seulement cesser l'as-

phyxie avant que celle-ci ait amené la mort, et gagne du temps qui profite à la guérison.

Les premiers opérateurs ne partaient pas de cette donnée et pensaient que l'ouverture des voies aériennes était une issue préparée pour l'expulsion des fausses membranes. A quoi Cheyne pouvait répondre avec une grande apparence de raison : « Mais cet obstacle, dont vous cherchez à faciliter l'élimination, il manque trois fois sur huit dans le cas de croup. »

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE SALICYLIQUE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ET CHRONIQUE (1);

Par le docteur Alexandre CALVY, 1er médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Toulon (Var).

J'arrive à un second cas de rhumatisme articulaire qui, par sa tendance à la chronicité, et en tenant compte de certains antécédents de famille, pourrait être classé parmi les rhumatismes goutteux. La relation détaillée en a été publiée aussi dans le *Moniteur* du docteur Ménière (d'Angers), par mon interne, M. Labatut, — 1er novembre 1876, — et si je l'analyse, avant de donner place à quelques observations cliniques encore inédites, c'est bien moins pour indiquer l'action sédative d'abord, curative ensuite, de l'acide salicylique, dont la dose n'a jamais dépassé 4 grammes par jour, que pour signaler encore son effet dépressif sur le muscle cardiaque.

Le sujet était âgé de 41 ans, doué d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin bien accentué, et il avait été plusieurs fois atteint de rhumatisme articulaire dans l'espace de six ans.

L'attaque actuelle s'était primitivement cantonnée dans les articulations de l'épaule, du poignet, de la deuxième phalange avec la troisième de l'annulaire du côté droit, cette dernière étant le siége d'une déformation notable.

J'avoue que je fus obligé de faire un effort sur moi-même pour ne pas prescrire d'ouvrir la veine, ou, tout au moins, de couvrir de sangsues les articulations envahies. L'indication était, en effet, claire, précise, en raison de l'âge du malade, de son tempérament, de la plénitude et de la tension artérielles, mais le souvenir de la prompte guérison de la jeune fille dont j'ai parlé antérieurement l'emporta sur cette tendance, et, cette fois encore, l'acide salicylique fit les frais de la guérison.

Administré, pour la première fois, le 4 octobre 1876, à la dose de 2 grammes, portée, le lendemain, à 3 grammes, puis à 4 grammes, le résultat fut tel que le malade put sortir en permission au cinquième jour du traitement, que je continuai jusqu'au 22, à doses décroissantes, bien qu'à partir du 13, la convalescence, commencée le 9, eût abouti à une guérison complète, sans que jamais il y eût eu extension de la maladie jusqu'aux séreuses internes.

Sans doute la guérison radicale, absolue, n'a pas été obtenue ici *en trois jours;* mais, après ce court délai, le 7 octobre, par conséquent, le bras était complétement libre, l'articulation tibio-tarsienne, seule, était encore un peu endolorie, si peu d'ailleurs que le malade — rappelons-le — put sortir en permission deux jours plus tard, n'apportant de cette promenade trop prématurée peut-être qu'un léger retour de douleur survenu, le lendemain, à l'épaule gauche, tandis que la guérison fut complète après neuf jours de traitement, en mesurant le temps avec la plus grande rigueur.

Voyons! Est-ce qu'une autre médication aurait produit des résultats plus heureux et plus prompts? Et, dans tous les cas, n'est-il pas permis de supposer que cette promptitude plus grande dans la cure aurait eu lieu si j'avais été moins réservé dans les doses prescrites?

Toujours est-il, néanmoins, que, sous l'influence exclusive de ces doses modérées, le pouls était descendu de 78 à 70, 66 et 56 pulsations, alors que la température n'avait baissé que de 37° 4/5es à 37°.

Voici maintenant le cycle thermique, avec le nombre de pulsations artérielles, dans deux nouveaux cas de rhumatisme polyarticulaire aigu :

PREMIER CAS. — *Homme de 34 ans, entré au troisième jour de la maladie.*

Premier jour du traitement : T. 38° 9/10es. P. 100. Acide salicylique, 2 grammes. — Deuxième jour, matin : T. 38° 9/10es. P. 100; soir : T. 38. P. 80. Acide salicylique,

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 26 juillet.

3 grammes. — Troisième jour : T. matin : 38°; soir : 39°. P. matin : 76; soir : 70. Acide salicylique, 4 grammes. — Quatrième jour : T. 38°. P. 60. Acide salicylique, 4 grammes. — Cinquième jour : T. 37° 4/10es. P. 52. Acide salicylique, 3 grammes. — Sixième jour : T. 38°. P. 46. — Septième jour : plus de traitement : convalescence. La température oscille entre 37 et 36° pendant les quatre jours suivants, et le pouls, après être resté deux jours à 48, descend encore, le troisième jour, à 40, monte, le quatrième jour, à 56 pour arriver progressivement à son chiffre normal.

Le malade est gardé en observation pendant quinze jours, pour voir s'il n'y aurait pas de rechute, et il sort complétement et définitivement guéri.

Deuxième cas. — *Jeune fille de 20 ans, entrée au sixième jour de la maladie.*

Premier jour du traitement : T. 39°. P. 100. Acide salicylique, 2 grammes. — Deuxième jour, matin : T. 38° 6/10es. P. 72; soir : 38°. P. 76. Acide salicylique, 3 grammes. — Troisième jour, matin : T. 38° 4/10es. P. 84; soir : T. 37° 4/10es. P. 56. Acide salicylique, 3 grammes. — Quatrième jour : T. 37° 4/10es. P. 44. Plus de traitement, les douleurs et les gonflements articulaires ayant complétement disparu.

Le cinquième jour, et malgré la cessation du traitement, la température tombe à 36° 9/10es, le pouls à 40; puis, la température se maintenant à 36° 9/10es, le pouls monte à 52 et revient à son état normal.

La malade tient à sortir le treizième jour après son entrée à l'hôpital.

La polyarthrie est bien et définitivement guérie; mais il est juste de dire qu'il reste encore un léger bruit de souffle au premier temps, suite d'endo-péricardite que l'auscultation seule avait fait constater, c'est-à-dire sans que notre attention eût été attirée par la malade vers cette complication cardiaque.

Quoi qu'il en soit, voilà un nouveau cas de polyarthrie rhumatismale aiguë, emportée *en trois jours* par trois doses d'acide salicylique s'élevant ensemble à 8 grammes!

On serait vraiment trop difficile si on exigeait davantage. Ces deux cas de rhumatisme polyarticulaire donnent lieu à une autre réflexion que voici :

Le premier malade prend 18 grammes d'acide salicylique en huit jours; le second n'en prend que 8 grammes en trois jours, et c'est précisément sur ce dernier sujet que les effets du médicament sont le plus prononcés. La température baisse rapidement, tandis que le pouls descend au-dessous de la normale, et, chose remarquable! c'est lorsque l'usage de l'acide salicylique est supprimé depuis deux jours, lorsque son élimination de l'économie paraît être complète, que ce phénomène se produit. En effet, les urines, traitées par le perchlorure de fer, ne présentent plus la coloration violacée caractéristique obtenue les jours précédents.

Que conclure de la comparaison de ces deux faits, si l'on veut bien se rappeler surtout que, dans le premier, c'est lorsque l'acide salicylique n'était plus administré depuis trois jours que le pouls a subi aussi son plus fort abaissement?

1° Que dans la prescription de l'acide salicylique, on doit tenir grand compte de l'idiosyncrasie du malade, ou, si l'on préfère, de son aptitude à sentir les effets du médicament;

2° Que cet agent thérapeutique exerce sur le cœur une action profonde qui peut se continuer même après son élimination de l'économie.

Veut-on une autre preuve de la légitimité de notre première déduction?

La voici :

Un homme de 39 ans, journalier — Colombo (Joseph) — entre dans mon service le 19 avril dernier, atteint de rhumatisme articulaire subaigu.

L'intensité de la maladie ne me paraissant pas suffisante pour essayer sérieusement contre elle les effets de l'acide salicylique, je me contente, pendant plusieurs jours, de la combattre par des boissons nitrées et des frictions calmantes à formules variées.

Mais enfin, le mal persistant au même degré, je me décide à faire une première prescription d'acide salicyque à la dose de 1 *gramme*, que je porte le lendemain à 1 *gramme* 50, et le pouls, qui oscillait entre 60 et 70 pulsations, descend subitement à **40.**

Je cessai immédiatement l'administration du remède, car je me demande où nous serions arrivés, en le continuant, avec une si prompte et si forte dépression du pouls dès le début.

Tels sont les cinq cas sur six, préalablement annoncés, où cette dépression a été remarquée à des degrés divers.

Le sixième cas n'est pas, il est vrai, un rhumatisme franchement articulaire. Il s'agit d'un homme de 56 ans, cordonnier, à tempérament *étiolé* — qu'on me permette l'expression — entré dans mon service le 10 juillet.

Cet homme, ayant laissé la fenêtre de sa chambre grandement ouverte pendant toute une nuit, après *avoir oublié* de se couvrir, se réveille, le matin, littéralement perclus, et se fait transporter à l'hôpital.

Tout le plan musculaire superficiel, aux bras et aux jambes surtout, est le siége de violentes douleurs que le moindre mouvement, la moindre pression exaspèrent au point d'arracher des cris au malade.

Les deux genoux sont très-légèrement tuméfiés, et, décidément, après avoir hésité sur ce point, la maladie recule.

Je n'agis pas de même, car je l'attaque par 4 grammes d'acide salicylique le premier jour, par 5 grammes les jours suivants, et, jusqu'à cette heure, la température, après être montée de 37° 5/10es à 38 et 39°, est revenue à 37° 3/10es, tandis que le pouls, donnant 96 pulsations d'abord, puis 80, 76, etc., n'est pas descendu au-dessous de 64 pour se relever ensuite, sans revenir toutefois au chiffre primitif, puisqu'il n'a plus dépassé 80.

Est-ce à dire, pour cela, que nous ayons vainement fait appel à l'acide salicylique? Non, certes; car, après six jours de traitement, on constate la cessation des douleurs, le malade se lève et marche, ce qui ne nous empêche pas de continuer la médication, en attendant de recueillir ses effets à venir pour les publier plus tard, s'ils offrent quelque intérêt.

Et maintenant, un dernier mot :

Aurions-nous eu affaire, par hasard, à une *série déprimante* de la médication salicylique, dans les cas où il m'a été donné de l'interroger à l'Hôtel-Dieu de Toulon?

Les résultats que je viens d'énoncer, à cet égard, étant indéniables, non moins que les effets curatifs, on pourrait bien en donner cette singulière explication, puisque quelqu'un a dit, en parlant du mémoire si remarquable de M. le professeur Sée, que ce savant confrère avait eu affaire à une *série heureuse*.

Mais on m'annonce plusieurs cas de rhumatisme articulaire qui vont être dirigés sur mon service, et nous verrons si les mêmes effets thérapeutiques se reproduiront.

En attendant, j'ouvre un numéro du *Moniteur de médecine*, etc. — 16 décembre 1876 — et j'y vois que M. le docteur Garcin, de Marseille, dans un cas de fièvre typhoïde, a constaté un abaissement du pouls jusqu'à 48 pulsations, sous l'influence de l'acide salicylique, dont les doses n'avaient pas dépassé 1 gramme.

Je suis persuadé que des faits de ce genre ont dû se produire et se reproduiront souvent en dehors de nos propres observations, auxquelles reviendrait seulement le mérite, si petit soit-il, de les avoir signalés avec une certaine insistance.

Resterait à savoir comment agit l'acide salicylique dans ses effets dépressifs du cœur.

La question ne me paraît pas insoluble; je crois même que mon interne, M. Labatut, qui se livre, à ce sujet, à des études sérieuses et à des expériences répétées, n'est pas loin de l'explication.

CHIRURGIE

OBSERVATION D'UN PAPILLON PRISONNIER DANS UNE OREILLE HUMAINE;

Par le docteur Debivière (de Blois).

Le 24 du mois de juillet dernier, une jeune paysanne, enceinte de six mois, vint me consulter, et m'aborda, en me disant : « Monsieur, j'ai un papillon dans l'oreille gauche. Pendant que je travaillais dans les champs, j'ai senti qu'il s'engageait dans mon oreille. Depuis ce moment, je ressent des bourbonnements fort incommodes, et qui sont intermittents; la nuit s'est passée sans sommeil, et mon anxiété est telle que je vous prie de me débarrasser de cet hôte audacieux et méchant. » La patiente fut placée l'oreille sous les rayons lumineux du soleil, près d'une croisée abondamment éclairée. J'ouvris le pavillon de l'oreille aussi complétement qu'il me fut possible, aucun corps étranger ne se présenta tout d'abord à la vue, malgré tout le soin que j'apportai à l'examen. Un moment le doute me vint, et je crus que la sensation accusée par la malade provenait de l'anémie particulière à certaines femmes en état de gestation.

Cependant la malade ayant de nouveau affirmé la certitude de la présence d'un papillon, je portai avec prudence une sonde cannelée tout au fond du conduit auditif; rien ne bougea et ne parut. Prenant alors une pince à disséquer très-volumineuse, dont les deux branches, à leurs extrémités, étaient profondément crénelées, et les écartant autant que possible, le pavillon de l'oreille se trouva largement ouvert; sous l'action de la lumière, le papillon trouvant plus d'espace pour se mouvoir, se mit à voltiger en se rapprochant de l'orifice externe du pavillon, qu'il semblait vouloir franchir. Mais je le saisis avec mes pinces; il était vivant. C'était un de ces papillons d'un gris sale, du volume d'une araignée, pourvu d'ailes très-petites et d'une bouche pointue. Les suites de cette petite opération furent des plus simples.

La paysanne, très-satisfaite, éprouva un soulagement immédiat, et aucuns symptômes consécutifs ne se montrèrent.

Cet accident, assez rare, appelle quelques réflexions pratiques sur le moyen le plus inoffensif d'extraire ces corps étrangers vivants du fond de l'oreille. On aura remarqué dans l'exposé des faits que le papillon a dû, par une impulsion rapide, la tête la première, s'introduire dans l'intérieur de l'oreille; que, fixé par le cérumen et par l'étroitesse de l'espace qui l'entourait, privé de lumière, il a dû faire de vains et inutiles efforts; que, surtout, il lui a été impossible de faire une évolution pour diriger sa tête vers le pavillon extérieur et reprendre le chemin du dehors. Aussitôt que l'écartement considérable du pavillon lui amena la lumière au dedans et lui permit de reprendre son vol en lui fournissant de l'espace, il parvint presque à s'élancer au dehors, et il y aurait réussi si je ne l'avais saisi avec les mors de ma pince.

De ces considérations, je conclus qu'on pourrait, en pareille occasion, se borner à éclairer le fond de l'oreille, à élargir la conque fortement, et permettre à l'insecte de sortir seul de sa loge; évitant ainsi les manœuvres toujours douloureuses et incertaines dans une cavité qui échappe à la vue, à l'aide d'instruments qui peuvent blesser la membrane du tympan, et occasionner tout au moins une inflammation plus ou moins vive.

Enfin, cette minime observation est un grain de sable ajouté au monument de la science, et c'est pour l'utilité qu'elle peut avoir que nous la publions.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter la donation que lui a faite Mme veuve Buignet, d'une rente annuelle de 1,500 francs destinée à la fondation d'un prix.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des épidémies qui ont régné, en 1876, dans les départements de l'Aisne, de la Charente, du Finistère, d'Indre-et-Loire, des Landes, de la Loire-Inférieure, de la Lozère, du Nord, de la Drôme, de la Loire, de l'Isère et de l'Orne. (Com. des épidémies.)

2° Les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des établissements thermaux des Landes pour l'année 1875. (Com. des eaux minérales.)

M. GUENEAU DE MUSSY présente, au nom de M. le docteur Janssens (de Bruxelles) : 1° un ouvrage intitulé : *Bulletins hebdomadaires de statistique démographique et médicale de la ville de Bruxelles et statistique sanitaire comparée des principales villes belges et étrangères*; — 2° une brochure intitulée : *Hygiène des Écoles*.

M. SÉE présente, au nom de M. le docteur Lugagne, médecin consultant à Vichy, une brochure intitulée : *Étude physiologique et clinique de l'eau de Vichy*.

M. DEVERGIE présente, au nom de M. le docteur Dresch, une brochure intitulée : *Réfutation des rapports affirmatifs du docteur Bergeron*.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir consulté l'Académie, déclare trois vacances de places de membres titulaires : 1° Dans la section de pharmacie, par suite du décès de M. Gobley; — 2° dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de M. de Kergaradec; — 3° dans la section de pathologie chirurgicale, par suite du décès de M. Dolbeau.

M. le Président annonce ensuite que M. le docteur Sirus-Pirondi, membre correspondant à Marseille, assiste à la séance.

M. PIORRY a la parole sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Nous regrettons de n'avoir pas trouvé le manuscrit de l'auteur au secrétariat, ce qui ne nous permet pas, à notre grand regret, de donner à nos lecteurs une analyse de son travail.

L'orateur se borne d'ailleurs à rappeler les travaux des médecins, qu'il appelle les anciens, quoiqu'ils soient encore des contemporains, et particulièrement ses propres travaux, qui n'ont pas été, dit-il, mentionnés par les divers membres qui ont pris part à cette discussion. Il termine par une éloquente diatribe contre la vieille nomenclature médicale et par un appel passionné en faveur de la nouvelle nomenclature dont il est l'auteur.

M. Colin lit un travail sur l'étiologie des maladies charbonneuses. Après avoir rappelé en détail les travaux antérieurs sur le charbon, l'auteur aborde l'examen critique des recherches expérimentales récentes de M. Pasteur. Ce dernier a voulu prouver que la bactéridie est bien le seul agent de la contagion du charbon; il a semé cette bactéridie dans des liquides appropriés, et a reproduit le charbon en inoculant ces liquides chargés de bactéridies.

M. Colin a reproduit les mêmes expériences, et dans trois cas, sur sept, il a également fait naître le charbon chez des animaux auxquels il avait inoculé une goutte du liquide renfermé dans les tubes de M. Pasteur. Mais il lui semble que l'on pourrait interpréter ces faits positifs en ne faisant jouer aucun rôle à des bactéridies de nouvelle formation. En effet, sait-on à quelle dilution la virulence peut cesser? M. Davaine a encore constaté cette virulence dans des dilutions qui contenaient moins d'un dix-millionième de goutte de sang infecté. M. Colin, de son côté, a trouvé des dilutions encore largement fertiles au dix-millième et au cent-millième, c'est-à-dire obtenues, dans ce dernier cas, avec une goutte de sang détachée d'une baguette de verre dans 3 kilogr. 1/2 d'eau. Le chiffre d'éléments figurés contenus dans une goutte de sang est si grand, que la dilution au cent-millième peut retenir encore un nombre considérable de ces éléments. La goutte de sang du poids de 35 milligrammes doit renfermer 175 millions de globules rouges, à raison de 5 millions par millimètre cube. Cette goutte de sang peut présenter quelquefois autant de bactéries que de globules. Elle en donnerait donc encore plusieurs centaines par goutte de dilution au cent-millième. Les dilutions de M. Pasteur sont bien loin d'être au cent-millième, puisque la goutte de sang ne s'y trouve étendue que dans quelques grammes d'urine. Elles pourraient donc encore être fertiles en l'absence de toute génération nouvelle, de toute multiplication des bactéries.

La contre-épreuve proposée par M. Pasteur, et consistant à faire filtrer à travers le plâtre, au moyen du vide, le liquide chargé de bactéridies, n'est nullement démonstrative, car l'osmose à travers le plâtre pourrait parfaitement altérer des ferments comme elle altère bien des substances salines, ainsi que l'a prouvé Graham.

A ces premières objections, M. Colin ajoute les suivantes :

Dans les expériences qu'il poursuit depuis une dizaine d'années sur l'inoculation du charbon, il s'est constamment préoccupé de rechercher les bactéridies dans le sang de l'animal inoculé, afin de voir à quel moment précis elle y faisait son apparition.

Or, dans le premières minutes qui suivent l'inoculation, le sang ne renferme point encore des bactéridies, et cependant déjà l'animal est infecté. Si, par exemple, après avoir inoculé la pointe de l'oreille, on coupe cette oreille, au bout de cinq minutes l'animal n'en mourra pas moins du charbon, bien que son sang ne renferme point encore de bactéridies, et que, examiné d'heure en heure, il n'en présente pas avant plusieurs heures.

Si, d'heure en heure, on extrait ainsi un peu de sang de la veine de l'animal inoculé, et si, pour essayer sa virulence, on le fait servir chaque fois à de nouvelles inoculations, on constate qu'après quelques heures, il commence à communiquer le charbon, bien qu'on n'y aperçoive point encore de bactéridies. Cette période de virulence sans bactéridies est très-courte, puis les bactéridies font leur apparition.

La virulence sans bactéridies s'observe également dans le sérum obtenu après la coagulation du sang charbonneux. Les bactéridies étant retenues dans les mailles du coagulum, le sérum n'en présente point, mais il communique le charbon quand on l'inocule.

Inversement, M. Colin a vu le sang chargé de bactéridies ne pas communiquer le charbon. Une vache pleine était morte de cette maladie à la ferme de Vincennes. Son sang chargé de bactéridies, inoculé à des lapins, les tue avec les symptômes ordinaires.

Jusqu'ici, rien que de très-normal. Mais, résultat inattendu, on trouve aussi des bactéridies toutes semblables dans le sang du fœtus à mi-terme qu'elle portait, et ce sang chargé de bactéridies, inoculé à des animaux, reste complétement inoffensif.

Indépendamment de ces trois ordres de faits, dont les deux premiers montrent le sang en masse et le sérum virulents à un moment où ils sont dépourvus de bactéridies, et dont le troisième donne un sang non virulent, quoique pourvu de bactéridies, M. Colin en invoque d'autres qui lui paraissent également se concilier mal avec le rôle attribué à la bactéridie.

Quand on abandonne à lui-même du sang charbonneux, on remarque que, durant les premiers jours, ce sang est extrêmement virulent et communique le charbon, puis il devient inoffensif, puis il redevient virulent et communique la septicémie, puis il redevient pour la deuxième fois inoffensif. Or, c'est justement au moment où les bactéridies produisent en grandes quantités les corpuscules-germes dont a parlé M. Pasteur, que ce sang perd pour la première fois sa virulence. Cela s'expliquerait beaucoup mieux dans l'hypothèse d'un ferment qu'un commencement de putréfaction viendrait détruire.

Sont-ce les vibrions de la putréfaction, comme le prétend M. Pasteur, qui, dans ce cas, viennent détruire les bactéridies? Non, car, en mélangeant une goutte de sang encore actif

avec quelques gouttes de sang putride chargé de vibrions, M. Colin n'a pas détruit sa virulence spéciale. Il a vu mourir du charbon les animaux auxquels ce mélange était inoculé.

Au contraire, en mêlant ce sang à de l'alcool, il l'a vu devenir inerte, bien que les corpuscules-germes de la bactéridie puissent résister à l'action de l'alcool, suivant le dire de M. Pasteur.

Au point de vue de la pathogénie et de l'observation clinique, M. Colin trouve également peu satisfaisante la théorie bactéridienne.

En effet, le charbon sévit dans certaines provinces déterminées; il y revêt un caractère épidémique; on le voit parfois en hiver, alors qu'il n'y a plus de mouches inoculatrices; il est souvent bien difficile de déterminer comment la contagion aurait pu avoir lieu. M. Colin pense donc que les bactéridies ont besoin, pour se développer, de trouver un milieu favorable; leur multiplication dans le sang est un effet, non la cause de la maladie.

Le sang d'un animal charbonneux présente des caractères spéciaux :

1° Il tend à se fluidifier, comme si un ferment rendait le plasma incapable de donner de la fibrine concrète.

2° Son plasma éprouve des modifications osmotiques, par suite desquelles il filtre à travers les vaisseaux, les séreuses, le tissu des ganglions.

3° Ses globules tendent à perdre leurs contours, deviennent mous, s'agglutinent facilement entre eux et laissent échapper une grande partie de leur contenu.

4° La matière colorante, l'hémoglobuline, se modifie physiquement et chimiquement. Elle se diffuse dans le sérum, les mucus intestinal, bronchique, teint l'endocarde, les séreuses, les tissus polis des divers organes sur le trajet des vaisseaux. Elle est tellement altérée, que le sang étalé sur des lames de verre ne peut reprendre sa couleur vermeille.

Toutes ces modifications, dit M. Colin, se produisent, en grande partie du moins, sans le concours de la bactérie, et c'est peut-être à elles qu'est due la virulence.

M. Jules Rochard communique à l'Académie des renseignements qu'il a reçus récemment sur l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi au commencement de l'année, dans l'île de Molène. Ils lui ont été adressés par M. le docteur Danguy des Déserts, médecin de 1re classe de la marine, qui a été envoyé dans l'île, au début de l'épidémie, pour y donner des soins à une population dénuée de ressources.

L'île de Molène ne compte que 121 marins réunis dans un seul village, et 578 habitants. Les femmes y sont d'un tiers plus nombreuses que les hommes. Sur 284 malades, on a compté 164 femmes, et, sur 12 décès, 10 appartenant au sexe féminin. Cet excès de mortalité tient à ce qu'à Molène les femmes sont chargées de tous les travaux, mal nourries, qu'elles ont soigné et veillé tous les malades pendant que les hommes étaient en mer.

Le premier cas de typhus a paru au mois de septembre 1876; la maladie a pris le caractère épidémique en janvier 1877, a atteint son apogée au mois d'avril, et s'est éteinte à la fin de mai.

L'épidémie de Molène n'est pas un fait isolé. En 1870, le typhus exanthématique a ravagé la commune de Kiantec, située près de Lorient, et M. Gillet, médecin de 1re classe de la marine, a fait l'historique de cette maladie, dont il a été atteint lui-même, dans sa thèse inaugurale.

M. le médecin en chef Gestin a rendu compte d'une épidémie analogue, qui a régné en 1872 et 1873 dans le village de Rouisan, aux portes de Brest. Il s'est livré de plus à une série de recherches qui lui ont permis de constater que le typhus exanthématique est endémique dans le Morbihan et dans le Finistère. Les preuves de cette assertion sont contenues dans le remarquable travail qu'il a envoyé à l'Académie en 1875, et auquel il a été accordé tout récemment une récompense exceptionnelle.

Le typhus de Bretagne est exactement le même que celui des camps, des vaisseaux et des prisons. Il n'y a entre eux qu'une différence de gravité, laquelle s'explique par l'encombrement. L'encombrement ne suffit pas pour faire éclater le typhus. Il faut un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques qui sont réunies à leur summum dans les villes assiégées, dans camps, etc., mais qui existent à l'état permanent, bien qu'à un degré plus faible, dans les campagnes de la Bretagne.

M. Rochard ne croit pas devoir attribuer à une éclosion spontanée les nombreuses épidémies dont M. Gestin a retrouvé la trace, et dont il a compté une quinzaine depuis un demi-siècle. On ne s'expliquerait pas son apparition dans des colléges, dans des villes dont les conditions hygiéniques n'ont subi aucun changement. Son mode d'invasion proteste aussi contre cette manière de voir. Il débute presque toujours par un cas unique auquel on peut remonter, et à partir duquel le fil conducteur se perd. La transmission se fait de malade à

malade, lentement d'abord, puis avec plus d'intensité ; ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois que la maladie prend le caractère épidémique et s'étend à toute la localité.

M. Rochard est disposé à penser, comme M. Gestin, que le typhus a été importé en Bretagne et qu'il y a fait élection de domicile, soit à la suite de quelque épidémie comme celle que provoqua, en 1758, l'arrivée de l'escadre de l'amiral Dubois de Lamothe, et qui fit en cinq semaines 4,204 victimes dans la ville de Brest, soit par le fait des communications de chaque jour qui existent entre le littoral de la Bretagne et les ports d'Angleterre.

Les épidémies observées en Bretagne ont donné une preuve nouvelle de l'intensité du pouvoir contagieux du typhus. Elles ont prouvé qu'il pouvait se transmettre par les vêtements, le linge, les objets de literie. Sa sphère d'action est plus limitée que celle de la plupart des maladies contagieuses. On peut assez facilement s'en préserver en n'approchant pas les malades. Il faut même séjourner un certain temps près d'eux pour être atteint. Les observations faites à Molène ont permis de fixer avec plus de précision que par le passé la durée de la période d'incubation. Elle est de dix à douze jours.

La lecture du travail de M. Rochard est accueillie par de nombreux applaudissements.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE L'IMPÉTIGO. — BIETT.

Nitrate d'argent cristallisé. . . . . 2 grammes.
Eau distillée. . . . . 25 —

Faites dissoudre. — Pour combattre l'impétigo et le rupia, on promène sur la surface malade la barbe d'une plume trempée dans la dissolution, et, aussitôt après, on asperge d'eau fraîche la partie touchée par la solution caustique. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 2 AOUT 1737.

Le feu prend à l'Hôtel-Dieu, dans la boulangerie et la lingerie ; à minuit, les bâtiments qui étaient du côté de l'Archevêché et du Petit-Pont étaient embrasés. On est obligé de faire sortir tous les malades, et de les transporter soit à Notre-Dame, soit dans les rues, soit à l'hôpital Saint-Louis. Tous les petits enfants nouveau-nés sont étouffés par la fumée ; deux religieuses périssent sous les décombres ; on compte pour sept ou huit cent mille livres de linge brûlé. — A. CH.

COURRIER

Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires, entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

RÉCOMPENSE HONORIFIQUE. — Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à :

MM. Alexandrowiez, médecin à Alais (Gard).
Decombes, médecin à Richelieu (Indre-et-Loire).
Auvray, médecin à Nonancourt (Eure).
Ledemé, médecin à Dromfront (Orne).
Jourand, médecin à Avivault (Deux-Sèvres).
Bernard, médecin à Apt (Vaucluse).
Simon, médecin en chef de l'hôpital de Semur (Côte-d'Or).
Mondain, officier de santé à Beaune-la-Rollande (Loiret).
Chardon, médecin à Yssingeaux (Haute-Loire).
Combe, médecin à Villefort (Lozère).

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

DERMATOLOGIE

Hôpital Saint-Louis. — Conférences de M. le docteur E. GUIBOUT.

DE L'HERPÉTIS (1),

Leçon recueillie par M. MAGNE, interne du service.

Nous avons dit quelques mots sur les formes de l'herpétisme ou herpétis; nous vous dirons tout à l'heure ce que sont les *herpétides*, c'est-à-dire les manifestations cutanées de l'herpétis, et j'espère vous démontrer que, au contraire des arthritides, elles présentent des caractères parfaitement tranchés qui nous permettent, dans la plupart des cas, de les rattacher à la diathèse qui leur a donné naissance, et dont elles portent le cachet toujours reconnaissable. Mais, auparavant, nous avons à suivre l'herpétis dans son évolution. Elle nous présente à étudier trois périodes : 1° une période *intermittente*; 2° une période *continue*; 3° une période de *cachexie*.

PREMIÈRE PÉRIODE : *Période d'intermittence.* — L'herpétis débute par des lésions variables suivant les âges. Quelles qu'elles soient, elles sont d'abord peu prononcées, et n'occupent que de petites surfaces. Ainsi, ce sera un psoriasis à forme punctata, ou un eczéma limité et très-restreint. Ces premières manifestations n'ont évidemment pas de gravité par elles-mêmes; mais elles devront toujours inspirer des craintes sérieuses pour l'avenir, car elles sont durables. Elles sont tenaces en raison de leur origine, due à leur état général, à un état vicieux de l'organisme. Et non-seulement elles sont tenaces, mais encore progressivement croissantes. Ainsi, le psoriasis, qui avait commencé par la forme *punctata*, élargira ses surfaces et deviendra un *psoriasis diffusa*. Il en sera de même de l'eczéma : un traitement bien dirigé ne sera certainement pas inefficace; mais, ne vous y trompez pas, Messieurs, ce traitement devra être suivi pendant des mois entiers; et cela, pour une lésion qui, au premier abord, semblait insignifiante. Le malade aura d'autant plus de raisons de se croire guéri, que toute trace de son affection aura disparu sans laisser aucune cicatrice. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que rien ne permettait de prévoir la durée de cette quasi-guérison. Si, pour certains malades, elle est de plusieurs années, de cinq ans, de dix ans, de vingt ans, pour d'autres, malheureusement

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 28 juillet.

FEUILLETON

CAUSERIES

Il vient de se passer en Angleterre un fait professionnel auquel la grande publicité que lui ont donnée le *Times* et la *Lancet*, a fait ajouter un certain intérêt, tout au moins de curiosité. Il s'agit d'une tentative de rapprochement faite par l'homœopathie avec l'allopathie, dans les circonstances suivantes :

Le docteur Richardson, dans une lettre adressée à la *Lancet*, raconte que le docteur Wyld, vice-président du *British homœopatic Society*, lui ayant manifesté le désir de voir s'opérer un rapprochement entre les médecins allopathes et homœopathes, il lui répondit qu'il trouvait dans ce rapprochement des difficultés insurmontables. C'est ce que M. Wyld ne voulut pas reconnaître, en exprimant à M. Richardson des opinions très-différentes que celui-ci lui supposait, opinions et idées qu'il le pria de consigner par écrit, ce que M. Wyld s'empressa de faire en adressant à son confrère une lettre qu'il l'autorisa à publier.

Cette lettre de M. Wyld, très-explicite et très-conciliante, se terminait ainsi :

« Pour résumer, nous admettons d'abord que les vues exprimées par Hahnemann sont souvent extravagantes et inexactes; en second lieu, qu'Hippocrate avait raison quand il disait : Quelques maladies sont mieux traitées par les contraires, quelques autres par les semblables; et que, par conséquent, il n'est pas sage, et qu'il est inexact de prendre le titre d'homœopathe; en troisième lieu, que quoique beaucoup pensent que l'action des quantités infinité-

plus nombreux, elle n'est que de quelques mois. Et, quand ces manifestations de la diathèse herpétique reviendront, elles seront plus étendues et plus prononcées que les précédentes; c'est vous dire que, pendant l'intervalle qui séparera deux éruptions successives, le mal se sera aggravé à l'insu du malade, et quelquefois du médecin. Ajoutons à cela que ces intervalles de santé apparente sont d'autant moindres que l'affection aura reparu un plus grand nombre de fois. Ainsi, un malade verra s'écouler quatre, cinq ou six ans, entre la première et la seconde manifestation de l'herpétis; trois ans, deux ans seulement entre la seconde et la troisième, et une année à peine entre les suivantes.

Si tous les âges sont sujets à l'herpétis; si l'enfant, l'adulte et le vieillard peuvent en être atteints, disons que, en général, le siége, la forme, sont variables, suivant les âges. Chez l'enfant, c'est sur la tête que se développe le plus souvent la maladie; chez l'adulte, c'est sur le tronc et les membres, et surtout dans les régions où la peau est fine, délicate et en rapport avec elle-même (aisselles, face interne des cuisses, etc., etc). La forme, avons-nous dit, est aussi variable que le siége : chez l'enfant, ce sera la forme humide (eczéma, impétigo); chez l'adulte et le vieillard, ce sera la forme sèche (prurigo, psoriasis, lichen). Mais, si l'herpétis sévit à tous les âges, il n'en est pas moins vrai que c'est principalement entre 40 et 50 ans que l'on voit surgir ses premiers accidents ou réapparaître d'anciennes affections souvent oubliées. Cet âge correspond, chez la femme, à la ménopause, époque où s'opèrent dans son organisme tant d'importantes modifications. Tous les téguments subissent l'influence de la diathèse; les muqueuses n'en sont point indemnes : la conjonctive, la muqueuse nasale, celle de l'isthme du gosier, et, chez les petites filles, la vulve, sont le siége fréquent d'herpétides à la fois internes et externes.

Mais, durant cette époque d'éruption, que devient la santé générale? Comment s'exécutent les différentes fonctions physiologiques?

Le plus souvent, Messieurs, nous sommes heureux de le dire, l'organisme ne paraît pas se ressentir de ces atteintes répétées : vous verrez des herpétiques avec un psoriasis généralisé, un eczéma fluent occupant la presque totalité du corps (si toutefois la sécrétion n'est pas trop abondante), continuer à se bien porter, et n'accuser aucun trouble fonctionnel. Vous en voyez un exemple remarquable : c'est cet homme couché au n° 24, affecté, depuis plus de quatre ans, d'un eczéma généralisé, d'une ténacité désespérante, et dont la santé s'est parfaitement conservée. Les formes intermittentes se développent sans dérangement notable dans l'organisme.

---

simales peut être démontrée dans la nature, leur usage dans la médecine est, en pratique, à peu près abandonnée dans ce pays.

« Sur ces bases, nous demandons le droit d'admission dans vos Sociétés médicales et l'établissement de rapports professionnels avec le Corps médical tout entier. En concluant, je dois faire remarquer que, quoique cette lettre n'ait pas un caractère officiel, les sentiments qu'elle exprime sont ceux d'un grand nombre d'entre nous. »

Sur ce dernier point, le docteur Wyld ne s'était-il pas un peu avancé?

C'est à croire, car le docteur Pope, président du *British homœopatic Congress* a adressé au *Times* une lettre beaucoup moins conciliante dans la forme et dans le fond :

« ..... C'est une chose triste, pour la profession de la médecine, qu'une divergence d'opinions sur une question de doctrine thérapeutique ait pu établir une barrière dans les rapports professionnels, et quand une grande partie du Corps médical s'est efforcée d'interdire toute discussion de cette doctrine, elle a assumé une grande responsabilité.

« Plus cela est grave, plus toute tentative pour mettre un terme à un « sectarinisme » est louable et désirable. Que l'obligation de favoriser la liberté de la pensée soit reconnue comme une autorité supérieure dans les études thérapeutiques, ainsi qu'elle l'est dans toutes les autres branches de la science, et il n'y aura aucune difficulté à accomplir la réunion proposée.

« Mais tant que ce fait qu'un médecin reconnaissant ouvertement avoir été conduit par ses recherches à croire que, dans un grand nombre de cas, des médicaments ayant un rapport homœopathique avec la maladie traitée réussissent mieux que d'autres médicaments n'ayant pas cette qualité, tant que ce fait sera considéré comme une cause qui l'exclut de tous rapports professionnels avec des médecins pensant autrement, empêchera son admission dans les

L'herpétis se manifeste souvent par des lésions cutanées effrayantes, occupant l'universalité des téguments, et laissant la santé intacte. Bien plus, il vous sera donné de voir des malades atteints d'un état dyspeptique tenace; d'autres se plaignant d'oppression, de dyspnée, d'accidents thoraciques sérieux et réfractaires, accuser un mieux sensible après l'apparition d'une plaque de psoriasis ou d'eczéma. Et que cela ne vous étonne pas, Messieurs. Vous savez, en effet, combien est intime la corrélation qui existe entre les muqueuses et la peau. Tout individu herpétique porte en lui un germe malfaisant, *humeur peccante*, disaient les anciens, qui doit s'exhaler par un point quelconque des téguments. Le tégument interne n'est souvent intact qu'aux dépens des muqueuses, et réciproquement. C'est un fait important en dermatologie, que la peau de l'herpétique est, pour ainsi dire, une soupape de sûreté, un émonctoire par où doit s'éliminer l'humeur peccante qui, sans cela, porterait son action dangereuse sur les organes internes.

Deuxième période : continue.—La période continue des manifestations herpétiques est déjà plus grave. A ce moment, en effet, les lésions de la peau restent fixes, persistantes et sans discontinuité. L'affection en est arrivée à un point de gravité tel, que le médecin reste trop souvent impuissant. Tant que la santé générale se soutient, tant que le malade peut supporter la suppression plus ou moins complète des fonctions de la peau, tout espoir est loin d'être perdu; mais il arrive un moment où l'organe est profondément atteint dans sa vitalité. Alors des accidents internes se manifestent, des localisations morbides se font sur les viscères, et la troisième période dite de *cachexie* commence.

Troisième période : *Cachexie.* — Le malade est soumis à une double cause d'épuisement : l'abolition des fonctions de la peau et les sécrétions anormales dues aux lésions cutanées. Que ces sécrétions soient séreuses (eczéma, pemphigus), purulentes (impétigo, ecthyma), sanieuses (rupia), épidermiques (psoriasis, herpétide exfoliatrice), le résultat est le même. Aussi, nous assistons à une véritable dégringolade du malade. Émaciation progressive et rapide, faiblesse toujours croissante, épuisement dont la mort est le terme fatal. La mort est souvent aussi la conséquence d'une lésion viscérale; la peau a quelquefois repris alors son état normal; mais, à l'intérieur, il s'est développé des lésions de la plus haute gravité, telles que la tuberculose pulmonaire, telles que le cancer (Bazin); le développement du cancer constitue même, pour cet auteur, la quatrième et ultime période de l'herpétis. Sans être aussi affirmatif que notre illustre maître, nous pouvons dire qu'il est fréquent

---

Sociétés médicales, justifiera le refus de ses écrits dans les journaux de médecine, interdira aux éditeurs d'ouvrages de médecine de publier ses livres, et aux journaux de les annoncer ; tant que ce fait existera, la réunion est impossible. Ecartez ces prohibitions ; qu'on donne la preuve qu'elles sont écartées, et le but désiré par M. Wyld est atteint. »

L'*ultimatum* posé par la *Lancet* est bref et précis : « Rien de moins que la renonciation sans réserve à tous les dogmes de l'homœopathie, en parole et en fait, ne peut être accepté. »

Cet *ultimatum* me plaît; il est net et carré : tout ou rien. La lettre de M. Wyld est précieuse, elle ne nous apprend rien sans doute, car depuis longtemps nous savons que les homœopathes ont renoncé à l'emploi des doses infinitésimales, mais enfin, voilà un aveu formel, *habemus confitentem reum* ; et quant à l'épithète d'*extravagant* dont il se sert vis-à-vis d'Hahnemann, les allopathes n'ont jamais été plus irrévérencieux que cela. Donc, tout est rompu en Angleterre. Ici, aucune tentative de ce genre n'oserait se produire. D'ailleurs, on peut prévoir et prédire la fin de cette doctrine « extravagante ». Elle périra au décès de la génération médicale actuelle, et ce qui fait pressentir cette fin, c'est que cette école ne se recrute guère plus; elle finit par voie d'extinction, et bientôt elle ne sera plus justiciable que de l'histoire.

J'ai reçu la lettre suivante d'un étudiant en médecine qui ne la signe pas, mais qui s'est fait connaître à moi, ce qui suffit :

« Paris, le 28 juillet 1877.

Monsieur le rédacteur,

La très-heureuse innovation apportée par votre érudit collaborateur, M. le docteur A. Che-

de voir des herpétiques devenir cancéreux. Dans d'autres circonstances, c'est un catarrhe suffocant, survenu à la suite de la suppression brusque d'un eczéma fluent, qui emporte le malade. D'autres fois, c'est une hémorrhagie ou une apoplexie plus ou moins foudroyante. Ainsi donc, l'herpétis est une maladie de la plus haute gravité. Est-ce à dire pour cela qu'elle soit incurable? Sur ce point, nous nous permettrons de ne pas être de l'avis de M. le professeur Hardy.

Malgré le respect de l'élève pour le maître, je ne puis me ranger à une opinion aussi sévère et aussi décourageante. Pour nous, il n'est point de maladies incurables, et jamais on ne doit désespérer de la guérison du malade qui s'est confié à nos soins. « *Vos condamnés à mort courent les rues*, » disait Récamier, et avec raison. N'avons-nous pas tous vu de ces guérisons surprenantes qui doivent apprendre au médecin à ne jamais abandonner la lutte? Il doit toujours, et quand même, combattre les progrès du mal, et ne se déclarer vaincu que devant la mort!... On guérit tout; mais, pour cela, il faut la foi, la confiance, et la persévérance. N'a-t-on point dit que la vérole était incurable? Heureurement pour la moitié de l'humanité qu'il n'en est rien. S'il en était ainsi, combien peu d'hommes auraient le droit de se marier, et combien devraient être condamnés par le médecin à un célibat perpétuel!...

L'herpétis est donc une maladie grave, sans que, pour cela, elle soit incurable,

TRAITEMENT DE L'HERPÉTIS. — Je n'ai pas l'intention, aujourd'hui, de vous parler en détail du traitement de l'herpétis. Je me contenterai de vous dire, d'une manière générale, que ce traitement doit être double : il faut soigner la lésion externe, quand il y a lieu de le faire, et en même temps combattre la diathèse. Pour remplir cette dernière indication, nous possédons un médicament précieux : l'arsenic!

Voyons, maintenant, quels sont les caractères des manifestations cutanées de l'herpétis, si bien étudiées et décrites par MM. Bazin et Hardy, sous le nom d'*herpétides.*

1° *Ténacité.* — Nous avons déjà vu combien ce caractère est prononcé, et cela n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous sommes en présence d'une affection générale, d'une diathèse. Voyez, en effet, quelle différence entre un eczéma professionnel qui guérit après huit jours d'un traitement purement local, et la même lésion qui, chez un herpétique, ne cède qu'à peine à un traitement continué avec persévérance pendant plusieurs mois.

2° *Accroissement progressif.* — Ce second caractère n'est pas moins important

---

reau, dans le service des journaux à la bibliothèque de la Faculté de médecine, a été vivement appréciée par les élèves qui fréquentent cette bibliothèque, et ils en savent gré au nouveau bibliothécaire. Permettez-moi de profiter des bonnes dispositions de M. Chereau en faveur des réformes, pour lui signaler quelques *desiderata* qu'il lui serait facile de combler, au grand profit des lecteurs :

1° Pourquoi ne met-on pas le catalogue à la disposition des lecteurs? On peut désirer prendre connaissance des ouvrages d'un médecin et ne pas connaître le titre de ses ouvrages; de plus, beaucoup d'ouvrages seraient consultés avec fruit; mais on ignore leur existence à la bibliothèque. Le mieux serait de publier le catalogue, mais ce serait une bien grosse dépense : je me borne à demander qu'il soit permis aux lecteurs de le consulter à leur aise.

2° Je demanderai à M. le bibliothécaire de vouloir bien hâter de tout son possible le travail de la reliure. Lorsque la bibliothèque reçoit un ouvrage nouveau, elle ne le met à la disposition des lecteurs que lorsqu'il a été relié; cela est bien, mais les livres nouveaux font malheureusement, « à la reliure », un séjour trop prolongé; est-il besoin d'un si long temps pour cartonner un modeste in-8°? Il en est de même des volumes de thèses, qu'on ne donne que reliées ensemble, et trop longtemps après leur apparition.

3° Je demanderai que, ainsi que cela se pratique dans plusieurs bibliothèques, on affiche la liste des ouvrages nouveaux reçus par la bibliothèque, dès qu'ils peuvent être mis à la disposition des lecteurs; cela éviterait des demandes inutiles.

4° Pourquoi M. le bibliothécaire n'étendrait-il pas aux *Bulletins* des Sociétés savantes paraissant périodiquement l'excellente mesure qu'il a prise pour les journaux? Les élèves ont besoin à chaque instant, — surtout pour leurs thèses, — de consulter les *Bulletins* des Sociétés

que le premier; aussi peut-on dire de l'herpétis ce que les anciens disaient de la renommée : « *Crescit eundo.* » Ici, encore, nous retrouvons l'influence de la diathèse poursuivant son œuvre.

3° *Généralisation; symétrie.* — Par le fait même de sa nature, toute affection herpétique doit avoir une tendance à s'étendre et à se généraliser, mais cette généralisation s'effectue d'une manière régulière et symétrique. La symétrie consiste dans la disposition parfaitement semblable des mêmes lésions cutanées sur les parties correspondantes du corps ou des membres.

4° *Fécondité.* — Les herpétides ont encore pour caractère de produire des sécrétions qui peuvent être de nature différente, mais qui sont abondantes. Ces sécrétions sont ou solides (lamelles épidermiques du psoriasis, du pityriasis, de l'herpétide exfoliatrice) ou liquides (ecthyma, impétigo, eczéma, rupia), et lorsque ces sécrétions sont généralisées, abondantes et persistantes, elles constituent par elles-mêmes une des formes malignes de l'herpétis.

5° *Douleur.* — La douleur est un caractère qui manque rarement aux herpétides, quoique elle puisse être d'intensité très-variable. Si quelquefois elle consiste dans une sensation de chaleur, de brûlure (eczéma), le plus souvent elle se produit sous la forme d'une démangeaison qui, nous l'avons vu, dans le *prurigo ferox*, atteint quelquefois des degrés excessifs, et peut même conduire le malade au suicide. Ce caractère, douloureux ou *prurigineux*, des affections herpétiques est d'autant plus prononcé que les sécrétions dont elles sont le siége, sont moins actives. Le prurigo, par exemple, est une affection absolument sèche, non sécrétante, et c'est la plus prurigineuse de toutes. L'eczéma qui, dans sa première période, est brûlant, cesse de l'être au même degré, alors que la sécrétion s'établit dans sa deuxième période.

6° *Couleur.* — Les herpétides n'ont pas une coloration spéciale, uniforme et pathognomonique. Les lésions de la syphilis sont cuivrées, couleur du jambon cru et de la chair musculaire, celles de la scrofule sont lie de vin, vineuses, et cette coloration seule peut les faire diagnostiquer. Dans les herpétides, au contraire, nous trouvons toute la gamme des couleurs.

Ainsi le psoriasis est d'une blancheur nacrée ou plâtreuse; l'eczéma, suivant ses périodes, est rose, d'un gris jaunâtre ou d'un rouge brillant et à reflets métalliques; l'impétigo est jaune comme le miel; l'ecthyma est gris à sa période pustuleuse, et noir à sa période croûteuse.

7° *Fixité de lésion*; *diversité de siége.* — Toutes les lésions primitives des affec-

---

anatomique, de biologie, de chirurgie, etc., et ils seraient enchantés de les avoir à leur disposition au fur et à mesure de leur apparition.

5° Enfin, je demanderai qu'un tapis, un modeste tapis, soit étendu autour de la grande salle de lecture, afin d'assourdir le bruit des pas des allants et des venants, ainsi que le grincement de la lourde machine qui sert aux employés à atteindre les ouvrages situés sur les rayons élevés. La tranquillité de la bibliothèque y gagnera, ainsi que le calme nécessaire aux travaux de l'esprit.

Je terminerai en formant un souhait qui va paraître bien étrange peut-être : c'est que la bibliothèque possède tous les ouvrages publiés par MM. les professeurs et agrégés; est-il croyable que la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris ne possède pas un seul ouvrage de MM. Cornil et Ranvier? Cela est pourtant malheureusement vrai. Que MM. les professeurs et agrégés veuillent donc bien faire hommage à la bibliothèque de leurs publications, ou que celle-ci les achète sur ses propres fonds; il est indispensable aux élèves de pouvoir consulter les ouvrages de leurs maîtres.

Tels sont, Monsieur, les *desiderata* que j'ai l'honneur de soumettre à M. le bibliothécaire; en y faisant droit, il sera assuré de la reconnaissance des élèves, et le service de la bibliothèque y gagnera.

Agréez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma considération distinguée.

« Un lecteur assidu. »

J'aurais voulu communiquer cette lettre à M. Chereau qui, lui, aurait fait une réponse plus autorisée que je ne peux le faire. Mais je n'ai pas M. Chereau sous la main, et mon jeune correspondant devra se contenter de mon humble réponse.

tions cutanées, papules, pustules, vésicules, etc., se rencontrent dans les herpétides, sans que l'on puisse en établir la fréquence relative. Mais quand l'herpétis adopte, pour se manifester, une lésion, elle reste fidèle à cette lésion; elle se reproduit toujours avec cette même lésion; son siége peut varier et varie, en effet, puisque nous avons vu qu'elle a une tendance incessante à la généralisation, mais elle a beau s'étendre et se reproduire, ce sera toujours sous la même forme et avec la même lésion primitive.

Ainsi ce sera toujours un psoriasis, un eczéma ou un prurigo. Ainsi, dans l'herpétis, nous trouvons le double caractère *de la fixité de forme et de la diversité de siége.* Dans la syphilis, nous avons aussi la diversité de siége, mais non plus la fixité de forme; la syphilis est, en effet, variable et protéique dans ses manifestations. La scrofule, au contraire, se distingue à la fois et par la fixité de forme et par la fixité de siége. Quand elle s'est fixée sur une région, elle y reste invariable dans son siége et dans sa forme primitive.

Vous voyez, Messieurs, avec quelle diversité se présente l'herpétis; mais, au milieu de cette diversité, elle a toujours des caractères fixes et nettement tranchés qui la font reconnaître. J'avais donc bien raison de vous dire que si l'arthritis n'existe pas, puisqu'elle manque de caractères pathognomiques, il n'en est pas de même de l'herpétis; l'herpétis, en effet, est une diathèse indéniable, indiscutable, puisqu'elle imprime à toutes les lésions dont elle est l'origine, et qui deviennent sa manifestation, un cachet qui n'appartient qu'à elle seule.

THÉRAPEUTIQUE

DES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU PHOSPHATE DE CHAUX;

Par le docteur Jules REGNARD.

Le phosphate de chaux est un médicament aliment, assez semblable, pour la façon dont il se comporte dans l'économie, au chlorure de sodium. Comme ce dernier, si on l'administre solubilisé, il passe dans les urines, et on a voulu en induire qu'il ne s'assimilait pas. Mais, comme tous les médicaments, il se retrouve dans les urines après avoir exercé dans l'économie son action dynamique et biologique; et, en tant qu'aliment, il peut s'y retrouver encore comme produit de désassimilation, par suite du renouvellement amené dans les tissus par son introduction.

Et d'abord, je lui présenterai une observation d'impartialité et de justice. En annonçant la modification importante qui vient de s'accomplir à la bibliothèque de la Faculté, relativement à la mise en lecture des journaux de médecine, nous avons oublié de mentionner ici la part très-efficace et l'on peut dire souveraine que M. le Doyen de la Faculté ainsi que son conseil ont prise à cette mesure. Proposée par le bibliothécaire, elle a été acceptée par le Doyen et son conseil, de sorte que les remercîments des élèves doivent s'adresser à tous ceux qui ont participé à cet acte de libéralisme.

Des *desiderata* formulés par mon jeune correspondant, les uns sont déjà réalisés, les autres ne me paraissent pas réalisables; quelques autres, enfin, frapperont qui de droit par leur justesse et leur facilité d'exécution.

Mon jeune correspondant demande que le catalogue de la bibliothèque puisse être consulté par les élèves; a-t-il demandé à le consulter, et cela lui a-t-il été refusé? Je crois me rappeler que la communication du catalogue n'est refusée à personne; seulement, par mesure de prudence, et pour éviter des accidents, le catalogue ne peut être consulté que sous les yeux des bibliothécaires.

Quant à la reliure, — car les ouvrages ne peuvent être confiés au public que reliés et non brochés, — mon jeune correspondant ne semble pas s'être bien rendu compte des conditions dans lesquelles un livre peut être relié. Il faut qu'il se soit écoulé au moins six mois depuis son impression pour pouvoir être confié au relieur. L'encre a besoin d'être séchée, sans quoi l'impression *décharge* — c'est le mot technique — et barbouille les pages. De sorte qu'il est fort difficile, sinon impossible, de mettre en lecture, dans les bibliothèques publiques, les livres nouveaux avant un temps assez long après leur apparition.

Parmi les effets physiologiques du phosphate de chaux, quelques-uns sont bien démontrés et ont pu servir à des applications thérapeutiques, mais beaucoup me paraissent encore hypothétiques. Il n'en est pas de même des résultats thérapeutiques. Ceux-ci frappent le praticien, et ce sont eux surtout qui doivent le guider.

Il y a trois ans que, pour la première fois, j'ai employé le sulfate de chaux sous une forme absorbable. J'ai débuté par des phthisiques à des degrés divers, et, chez presque tous, j'ai observé une amélioration remarquable. L'appétit et le retour des forces, la diminution de la toux, ont suivi de près l'administration du médicament. Quelques-uns de ces malades sont morts, il est vrai, d'autres traînent, et après une suspension plus ou moins prolongée, le phosphate de chaux vient encore leur donner un coup de fouet favorable. Chez d'autres, enfin, l'amélioration a persisté, et sans vouloir dire qu'ils sont guéris, ils doivent certainement à cette médication un retour à la santé qu'aucune autre n'avait procuré.

Depuis, j'ai encore employé avec le même succès le phosphate de chaux dans la plupart des cas de phthisie que j'ai eu à traiter. Je dis la plupart, parce que j'ai remarqué que, dans la forme éréthique, comme aussi dans la phthisie laryngée, le phosphate de chaux n'a guère d'action, et qu'il est même quelquefois nuisible. J'en ai obtenu également d'excellents résultats dans la scrofule, dans les anémies, les convalescences, dans un cas de blessure du pied par arme à feu, avec complications graves et état cachectique consécutif. Je n'en ai jamais fait usage dans les fractures, mais, si j'avais affaire à des vieillards, je n'en négligerais certainement pas l'application.

Mais il ne s'agit pas d'administrer le phosphate de chaux d'une façon banale, car du mode de préparation employé dépend presque tout le succès, et je suis convaincu que ceux qui ont échoué le doivent en partie à l'ignorance de ce fait. Tous les bons résultats que j'ai obtenus depuis trois ans, je les dois au chlorhydro-phosphate de chaux, à la solution Coirre, et ce qui m'a fait préférer dès l'origine cette préparation, c'est le principe sur lequel elle est basée, à savoir, que l'acide chlorhydrique étant l'acide du suc gastrique, c'est la forme sous laquelle le phosphate de chaux pénètre physiologiquement dans l'économie. Aujourd'hui, il est vrai, quoique cette opinion ait encore gagné en faveur et soit à peu près seule admise, je n'y attacherais pas autant d'importance. Les résultats obtenus me paraissent en effet primer toute autre considération, d'autant qu'il se pourrait que le chlorure de calcium que renferme le chlorhydro-phosphate de chaux, entre pour une part dans ses effets. Il y aurait encore un autre motif qui me le ferait rechercher aujourd'hui, c'est la facilité de son administration. Si on le prend en mangeant et mêlé à un peu de vin, il passe complétement inaperçu, de sorte que, même chez les enfants, on peut le continuer aussi longtemps qu'on le désire.

Puissent mes confrères qui n'ont pas employé ce médicament, partager ma conviction, et leur arsenal s'augmentera d'une arme qui leur rendra de fréquents services.

L'affichage des livres qui peuvent être mis nouvellement en lecture serait une mesure utile et qui n'échappera pas aux bonnes intentions du bibliothécaire.

Quant aux Bulletins périodiques et aux Comptes rendus des Sociétés savantes, c'est une grosse affaire; la Faculté n'est pas assez riche pour se donner ce luxe. On peut se demander seulement ce que deviennent les deux exemplaires de tout journal ou recueil qui doivent être déposés au ministère de l'intérieur. L'un de ces exemplaires va de droit à la Bibliothèque nationale, mais l'autre?

Renvoyée au conservateur du matériel, la demande de mon jeune correspondant sur le tapis et la lourde machine.

Quant aux ouvrages des professeurs et agrégés, il me paraît bien difficile d'admettre leur absence de la bibliothèque. Comment supposer que professeurs et agrégés ne soient pas empressés de faire hommage de leurs ouvrages à la Faculté à laquelle ils appartiennent, où ils professent, où ils examinent, où ils ont, par conséquent, tout intérêt à ce que leurs travaux, leurs opinions soient connus? Ce serait là un manque d'égards peu excusable. A moins que la chose ne s'explique par..., comment dirai-je ?... l'économie de MM. les éditeurs, qui pousseraient ainsi à la vente des ouvrages qu'ils éditent.

Et voyez comme Jacotot avait raison : tout est dans tout. Je pourrais, à propos de la lettre de mon jeune correspondant, vous écrire vingt feuillets encore; mais je m'arrête : *Sat prata biberunt.*

Qui ne sut se borner ne sut jamais écrire.

Dr SIMPLICE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. d'Abbadie adresse aux objections de M. Cosson, sur le projet de mer saharienne, une réponse qui ne peut manquer, croyons-nous, d'intéresser nos lecteurs :

« M. Cosson vient de résumer, sous plusieurs points de vue, ses objections contre la création d'un bassin maritime dans la région des chotts. L'Académie me permettra de lui soumettre quelques réflexions à ce sujet.

1. En premier lieu, notre confrère n'admet point qu'un pareil bassin puisse changer le climat local. Il me semble téméraire d'émettre cette affirmation jusqu'au jour où l'on pourra présenter, avec leurs détails, les régimes du vent et de l'évaporation, tant en plein Sahara que sur tout le pourtour de cette contrée encore imparfaitement connue.

Le siroco, cité par M. Cosson comme existant en ces régions, est un vent très-sec venant du sud ou du sud-est. Il est naturel d'admettre qu'en traversant le golfe artificiel des chotts, ce vent se chargerait de vapeurs, et que, trouvant au nord les monts Aurès sur son passage, il serait arrêté par cet obstacle. Au lieu d'aller jeter alors, sans profit, sa précieuse humidité dans la Méditerranée, il la déposerait sur presque toute la région traversée. On ne saurait renoncer à cette conclusion qu'après avoir vu prouver, par des observations précises, que, dans le pays dont il s'agit, l'évaporation d'une nappe d'eau est nulle sous le vent du siroco.

Dans l'état actuel de la science météorologique, les probabilités se réunissent pour faire croire qu'un bras de mer dans l'intérieur du Sahara modifierait heureusement la région immédiatement voisine.

En attendant que le projet de M. Roudaire passe dans le domaine des faits, nous devons remercier M. Cosson d'avoir appelé l'attention de nos colons sur le rétablissement des barrages antiques en Algérie. On ne saurait trop insister sur l'utilité de réservoirs artificiels pour conserver et aménager les eaux qui, dans tout pays chaud, donnent la vie à l'agriculture. On se demande toutefois si les sources et les pluies actuelles suffiraient à alimenter utilement ces réservoirs, ou si les lits desséchés de fleuves antiques dans les *ouad* Souf et Igharghaz n'étaient pas entretenus jadis par un climat bien plus humide.

Quant à la diminution des phosphates du sol, tant en Sicile que dans la province de Constantine, n'est-il pas utile d'étayer cette explication par la citation des expériences précises qui en auraient démontré la réalité ?

2. La deuxième objection regarde le commerce, et M. Cosson fait observer avec raison qu'il est fort réduit dans le Sahara. Faut-il conclure de là qu'il n'augmentera jamais, et que sa grande route ne se dirigera pas vers l'Algérie ? Il est bien difficile de maintenir une pareille assertion, car on sait que le commerçant africain, toujours préoccupé de ses gains, ne compte pas avec le temps, et que de bien légers avantages au bout de sa route suffisent pour qu'il préfère un marché à un autre. Dans le nord de l'Afrique, le commerce prendra son essor quand il sera affranchi des rivalités intestines de tribu à tribu et de leurs douanes locales ; il n'est pas rivé pour toujours au Maroc ni à la Tripolitaine. Enfin, il en est du commerce comme du drainage agricole : quand on favorise l'écoulement, les produits arrivent par mille petits canaux toujours difficiles à prévoir. Une histoire complète du Sahara, morale autant que graphique, permettrait seule de raisonner avec un peu de sûreté sur une matière aussi compliquée où tant de causes diverses entrent en jeu. On peut au moins admettre que l'ouverture d'une voie navigable sera toujours un attrait pour un commerçant harassé par un long parcours terrestre.

N'oublions pas qu'avant notre conquête, en 1830, les caravanes du sud se rendaient en Algérie par Ouargla. Il n'est donc pas impossible de rendre au commerce ses errements d'autrefois, tout en facilitant ses voyages jusqu'à nos marchés du littoral, où les prix de vente et d'achat sont plus avantageux pour les marchands de l'intérieur.

3. Il est encore plus aisé d'être affirmatif quant à la question de salubrité, car on s'appuie sur l'analogie des faits connus. Je citerai ce qui se passe à Muçawwa, dans la mer Rouge. La température moyenne de l'année y est de 31 degrés C., c'est-à-dire la plus haute qu'on ait encore observée, et pour gagner un peu de fraîcheur, on a construit, comme habitations, plusieurs chambres dont le sol est à quelques décimètres au-dessus de la mer. Il est impossible d'être plus à portée des miasmes, s'il en existe, car un trou dans le plancher, toujours mal joint, permet de puiser de l'eau avec une cuillère quand la marée est haute, ou de remuer la vase si la mer est basse. Cependant cette ville, si resserrée et si chaude, n'est pas insalubre. On y citait des centenaires dont l'un a passé une partie de sa vie non loin de là, à Harquyquaw, où la plage a une pente si douce qu'on est toujours forcé d'y débarquer dans l'eau.

L'inondation ou l'exondation de cette plage n'a jamais été alléguée comme cause d'une endémie, car il n'en existe point.

La question est assez importante pour mériter d'être serrée de près, et je demanderai la production de faits probants avant d'admettre que l'eau franchement salée puisse exercer une mauvaise influence sur la santé de l'homme. Partout où j'ai vu l'action délétère de l'eau dans les pays chauds, au Brésil comme en Afrique, il s'agissait d'eau douce qui s'évaporait lentement. Ce qui se passe autour des chotts confirme cette conclusion. Les eaux des torrents qui s'y rendent ne trouvent ni courant, ni marée, ni une issue quelconque. Elles croupissent sur place et alimentent une végétation luxuriante de roseaux qui, en prolongeant la durée de l'évaporation, la rendent plus délétère. C'est ce qui arrive en été, et non en hiver, comme M. Cosson le dit par mégarde. Dès le commencement du printemps, les indigènes fuient ces lieux empestés qui, vu leur altitude négative, seraient submergés par la mer projetée des chotts. Loin d'être une cause de pestilence, cette mer serait un puissant moyen d'assainissement pour une contrée déshéritée. Si mon savant confrère, qui a dû, comme moi, se préoccuper de la question des miasmes pendant ses voyages en Afrique, n'accepte pas mes convictions à cet égard, il rendra un service réel à l'hygiène en prouvant que l'eau salée est, comme l'eau douce, une source d'infection dans les pays chauds, et en montrant pourquoi elle n'en amène pas autour des plages les plus brûlantes de la mer Rouge.

4. Il me serait aisé de réfuter les dernières objections de M. Cosson, mais cela m'amènerait à faire de la politique, et il vaut mieux s'en abstenir. »

M. de Lesseps confirme et complète les observations de M. d'Abbadie. Il espère que l'Académie voudra bien encourager le capitaine Roudaire à entreprendre l'exploration complémentaire qui lui a été conseillée par le rapporteur de la Commission. Il ne peut d'ailleurs que savoir gré à ceux de ses savants confrères qui ont opposé des objections et prévu des difficultés à la réussite du projet. Dans une entreprise née viable, dit-il, mûrie par le temps et par un travail persévérant, il arrive souvent que les obstacles sont les aides du succès.

M. Roudaire, de son côté, adresse une réponse aux observations précédemment présentées à ce sujet par M. Naudin.

M. Livache envoie des « Recherches sur la nature des gaz contenus dans les tissus des fruits. »

M. Lacaze-Duthiers remet une note sur la fécondation de l'étoile de mer et de l'oursin.

M. Becquerel continue la lecture de ses mémoires sur les phénomènes électro-capillaires.

M. Pasteur lit une note au sujet de l'expérience de M. le docteur Bastian, relative à l'urine neutralisée par la potasse. — M. L.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — Séance du 16 juillet 1877.

Observatoire de Montsouris

LA TORULE AMMONIACALE

Le service de météorologie appliquée à l'hygiène institué à l'observatoire de Montsouris, sur la demande et aux frais de la ville de Paris, comprend :

1° Des observations météorologiques faites dans vingt et une stations de Paris ;

2° Des observations sur l'électricité atmosphérique en plusieurs points fixes ou variables de la ville et de ses alentours ;

3° Des analyses chimiques, soit de l'air de Montsouris quotidiennement lavé dans des vases spéciaux, soit de chacune des pluies recueillies dans cinq stations fixes ;

4° Des analyses microscopiques de l'air et des eaux météoriques ou courantes recueillies en divers points.

M. Marié Davy fait connaître à la Société quelques-uns des résultats obtenus dans le laboratoire de micrographie confié, depuis la fin de novembre 1876, à M. le docteur P. Miquel.

Les germes contenus dans l'air sont si nombreux, ils ont souvent entre eux tant de ressemblances, qu'il faut, pour les distinguer, joindre à une longue pratique l'usage de certains réactifs appropriés.

On les distingue en trois classes :

Dans la première, sont compris tous les infusoires ou œufs d'infusoires proprement dits, qui se distinguent des autres corpuscules par leur entière solubilité dans les alcalis.

Dans la seconde, sont rangées les semences microscopiques des végétaux cryptogamiques, telles que : les spores des champignons, les fructifications des algues chlorosporées, des lichens... Les alcalis n'ont sur elles aucune action bien marquée ; mais les acides minéraux concentrés les détruisent rapidement.

Dans la troisième classe, se rangent les animaux inférieurs, les infusoires ferments, bactériens, bactéridies, vibrions, etc., qui résistent à l'action dissolvante de l'ammoniaque, mais que les réactifs tuent sans retour.

Ce sont principalement les êtres mobiles de la troisième classe qui sont l'objet des études suivies à Montsouris, car ces infiniment petits sont les agents de toute putréfaction animale ou végétale et se rattachant de plus en plus à la cause d'un certain nombre de maladies contagieuses ou infectieuses.

M. P. Miquel, tout en cherchant à reconnaître la nature et les propriétés des germes contenus dans l'air et les eaux, en y appliquant la méthode des ensemencements dans les liquides nutritifs variés, s'est proposé, au point de vue statistique, de mesurer approximativement la richesse de ces milieux en germes de chaque espèce. Il a trouvé ainsi :

1° Que l'air est chargé en tous lieux et en toute saison d'une infinité de corpuscules capables de produire la putréfaction. Les pluies que l'on recueille en hiver ou pendant les saisons humides sont principalement riches en bactériens. Ensemencées à la dose de 15 à 30 gouttes, elles déterminent la putréfaction de l'urine et de la liqueur de Cohn. Au contraire, les pluies d'été, par exemple, les premières pluies d'orage ensemencées à la dose de 1 à 2 et même 3 centimètres cubes, laissent limpides les conserves où on les introduit. Ainsi, par les temps secs, les bactériens sont plus rares qu'à l'époque des pluies fréquentes. Ces faits sont d'accord avec une série d'expériences entreprises par M. P. Miquel sur la vitalité des bactériens. Ces êtres périssent promptement sous l'action de la sécheresse et d'une température modérée, leurs germes résistent beaucoup mieux et peuvent supporter à l'état sec une température de 120 à 130 degrés; mais ils ne la supportent pas longtemps, et même à 30 degrés ils ne tardent pas à perdre la faculté de se développer. Ils résistent bien mieux au froid, qui paralyse leur vitalité sans la détruire.

2° Toutes les eaux renferment des bactériens en quantité considérable : l'eau de Seine, l'eau de la Vanne, toutes les eaux distribuées dans Paris déterminent, à la dose de quelques gouttes, le trouble des liquides nutritifs.

3° Les boues recueillies dans les ornières des voies publiques, le sol des différents points de Paris; en un mot, tous les objets qui ont été maintenus quelque temps au contact de l'atmosphère, peuvent également donner lieu à la putréfaction.

4° Il en est de même des poussières recueillies soit sur les parquets dans l'intérieur des hôpitaux, soit sur les meubles des pièces inhabitées.

Tous ces germes, dont on peut doser approximativement la quantité, jouissent de propriétés très-diverses, qu'ils doivent soit à leur propre nature, soit aux milieux où ils se développent. Le vibrion septique et la bactéridie charbonneuse, si bien étudiés dans les remarquables travaux de MM. Pasteur et Joubert, offrent de frappants exemples de la puissance de ces infiniment petits. Au point de vue de la statistique, il faut arriver à discerner les divers germes, à constater leur présence normale ou accidentelle, et leur plus ou moins grande abondance.

Voici un exemple de ce genre de recherches :

Quand on examine avec soin une goutte de rosée artificielle déposée dans l'intérieur d'une chambre humide, il arrive parfois que l'on aperçoit deux à trois petits globules intimement soudés qui suivent l'impulsion d'un mouvement brownien très-vif. La plus scrupuleuse attention ne décèle en eux aucun mouvement propre. La torulacée qui se présente ainsi sous le microscope a l'aspect et les dimensions de celle qui se trouve si fréquemment dans l'urine en voie de décomposition. Plusieurs expériences ont été entreprises pour juger de son identité et de son degré d'abondance dans l'air de Paris.

Le liquide nutritif employé, est de l'urine fraîche, placée dans des tubes de verre fermés par un bouchon de caoutchouc traversé par deux tubes. L'un de ces tubes, effilé à son extrémité inférieure, est rempli de coton; l'autre, de forme cylindrique, est fermé à son extrémité supérieure par un bout de tube de caoutchouc rouge et une petite baguette de verre. Ces tubes, ainsi préparés, ayant été portés pendant plusieurs heures à la température de l'ébullition, peuvent, pour la plupart, se conserver indéfiniment sans altération.

On peut faire passer dans un tube semblable de 1 à 5 litres d'air, suivant les temps, sans déterminer la fermentation de l'urine. Le plus souvent, cependant, 1 ou 2 litres suffisent pour produire ce résultat. En moyenne, chaque litre d'air de Paris contient donc au moins un germe de torule; mais la fréquence du ferment peut être trois, quatre fois moindre.

Si, au lieu d'air, on emploie la vapeur d'eau condensée par le froid, on arrive aux résultats suivants :

Dans 6 tubes scellés, renfermant de l'urine conservée limpide depuis quinze jours, on a introduit de 2 à 3 dixièmes de centimètre cube d'eau de rosée artificielle. Deux jours après, 4 des tubes étaient troubles, 3 d'entre eux renfermaient d'innombrables chapelets de torule. Le quatrième n'en montrait pas, mais il contenait des mucors et des bactéries comme les trois

premiers. En même temps, ce quatrième tube ne donnait que des traces insignifiantes d'ammoniaque, tandis que les premiers en présentaient des quantités notables.

Dans une seconde expérience, sur 6 tubes, 5 se troublèrent au bout de quelques jours, et les 5 tubes contenaient tous le ferment ammoniacal. Dans des essais ultérieurs, toujours répétés dans les mêmes conditions, et sur des séries de 6 tubes, il arriva quelquefois que 4 d'entre eux restèrent limpides : ce maximum n'a jamais été dépassé, et la torule ammoniacale n'a fait qu'exceptionnellement défaut.

Comme contre-partie des expériences précédentes, au lieu de rosée, M. P. Miquel a introduit dans ses tubes un ou plusieurs centimètres cubes d'eau bouillie et refroidie; sur 24 tubes, pas un ne s'est troublé. A plusieurs reprises, les pointes effilées de 6 tubes scellés et portés pendant deux heures à la température de 115°, ont été brisés après refroidissement, puis les tubes ont été refermés à la lampe après être restés ouverts, les uns durant deux heures, les autres pendant cinq heures; d'autres, enfin, pendant vingt-quatre heures. Aucune de ces conserves n'a montré de produits organisés. Les pointes effilées ouvertes avaient un diamètre de 1 millimètre environ sur une longueur de 2 à 3 centimètres; elles étaient rectilignes et verticales.

Les bactériens et les vibroniens ont une existence éphémère dès qu'ils sont soustraits aux conditions normales de leur développement; mais ils peuvent alors se transformer, comme l'a découvert M. Pasteur, en corpuscules, germes extrêmement ténus et dont la résistance aux causes diverses de leur destruction est considérablement accrue.

Aussi, ces êtres se rencontrent-ils rarement à l'état complet dans l'air; c'est sous la forme de points brillants qu'on les y rencontre le plus souvent. Il devient alors extrêmement difficile, sinon impossible, de les distinguer directement les uns des autres. Par contre, ils se développent et se multiplient avec une extrême rapidité dès qu'ils rencontrent des milieux favorables et qu'ils ne sont pas empêchés par d'autres organismes encore plus aptes à profiter de ces conditions. C'est sans doute cette propriété de la bactérie commune d'arrêter le développement d'autres espèces moins vivaces, qui rend l'observation de ces dernières si accidentelle dans les conserves ensemencées par des gouttes de pluie ou de rosée. Il en serait de même des vibrioniens.

Là, peut-être aussi, trouverait-on la cause de l'innocuité habituelle de tous ces germes microscopiques toujours prêts à disputer à un organisme vivant les matériaux de son fonctionnement normal; l'invasion de cet organisme par un de ces êtres rendrait ensuite ce dernier plus apte à se transmettre à d'autres organismes, par le seul fait de la disparition des autres congénères qui gênaient l'expansion du premier.

C'est là une science encore à ses débuts; et déjà les travaux des docteurs Coze et Feltz, du docteur Davaine et surtout de notre maître M. Pasteur, ouvrent à l'esprit les plus larges horizons.

FORMULAIRE

Cigarettes antiasthmatiques.

Feuilles de belladone.	5 grammes.
Feuilles de stramonium.	5 —
Feuilles de digitale.	5 —
Feuilles de sauge.	5 —
Teinture de benjoin	40 —
Nitrate de potasse.	75 —
Eau.	1000 —

On fait une décoction de toutes les plantes, on passe, on ajoute le nitrate de potasse et la teinture de benjoin.

Dans ce liquide, on immerge feuille à feuille une main de papier buvard. Au bout de vingt-quatre heures, on sèche le papier, et on le coupe en rectangles de 10 centimètres de long sur 7 centimètres de large, que l'on transforme en cigarettes. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 4 Aout 1779.

Projet de règlement concernant les assemblées et le régime intérieur de la Société royale de médecine. (Arch. de l'Emp. O[1] 130, page 401.) — A. Ch.

COURRIER

Bureau central des médecins des hôpitaux. — Sont nommés médecins des hôpitaux, à la suite du concours ouvert le 4 juin 1877 : MM. Gouguenheim, Hallopeau, Debove.

— Encore une nouvelle victime du devoir professionnel.

Un jeune docteur en médecine, récemment sorti de l'internat des hôpitaux de Paris, M. Dublanchet, vient de succomber, en deux jours, au croup dout il avait contracté la contagion en donnant ses soins à un enfant atteint de cette redoutable maladie.

Académie de médecine. — *Concours Vulfranc Gerdy.* — Un concours pour une place de stagiaire aux eaux minérales aura lieu au mois de novembre 1877. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1878.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie pendant la dernière semaine d'octobre 1877, en déposant les pièces qui justifient des conditions exigées. La liste d'inscription sera close le 31 octobre, à quatre heures de l'après-midi.

Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé au secrétariat de chaque Faculté ou École de médecine, pour être communiqué à MM. les candidats.

Faculté de médecine de Lyon. — Un concours pour deux places de prosecteurs aura lieu le 15 octobre prochain. Les candidats devront se faire inscrire, au moins quinze jours à l'avance, au secrétariat de la Faculté. — Sont admis à concourir, les docteurs en médecine et les étudiants ayant au moins douze inscriptions. — Les fonctions de prosecteur sont incompatibles avec celles d'agrégé. La durée des fonctions est de quatre années ; le traitement qui y est attaché est de 1,500 fr. par an. — Pour le concours de 1877, le second des candidats nommés le sera pour une durée de deux ans seulement.

Le nouvel Hôtel-Dieu. — Le transport des malades de l'ancien Hôtel-Dieu au nouveau a commencé avant-hier.

Les malades qui ont été transportés les premiers au nouvel hôpital sont ceux qui occupaient le bâtiment situé de l'autre côté de la passerelle, le long du quai Montebello. Les salles Sainte-Marie, Sainte-Martine, etc., faisant partie du service de M. le docteur Oulmont, sont déjà évacuées.

Il va sans dire que l'opération n'est pas terminée. On ne transporte pas, en une après-midi, environ huit cents malades, le nombre des brancards et des porteurs étant forcément restreint.

Un assez grand nombre de curieux ont stationné sur la place du Parvis-Notre-Dame pendant toute la journée.

Le jardin d'acclimatation. — Le nombreux public qui se pressait dimanche au Jardin d'acclimatation du bois de Boulogne a pris grand intérêt aux animaux récemment arrivés d'Afrique.

Les superbes Nubiens qui accompagnent le convoi ont été l'objet de l'attention générale. On a pris plaisir à les voir monter les chameaux et les bœufs porteurs qu'ils ont amenés.

Ces hommes demi-nus, armés de lances et d'épées qui rappellent notre moyen âge, sont d'ailleurs d'une douceur parfaite. Tout en eux est curieux, mais surtout leur coiffure, qui, pour les jours de fête, est blanche et comme poudrée..., mais poudrée de suif !

Le Doryphora. — M. Heuzé, inspecteur général de l'agriculture, vient de recevoir du ministre de l'agriculture une mission pour aller étudier en Allemagne, particulièrement à Cologne et dans les environs, l'invasion du *Doryphora*, que l'on rencontre dans quelques champs de pommes de terre.

Condamnation du médicastre de la Benauge. — La sorcellerie de la Gironde vient d'être cruellement frappée dans la personne d'un de ses pontifes les plus estimés. Malgré toute une vie de dévouement, malgré toutes les attestations et tous les certificats, le sieur Bissière, la Providence de la Benauge, vient d'être condamné à six mois de prison et 1,000 fr. d'amende.

Nos confrères n'ont pas oublié combien le comité de défense professionnelle s'est employé dans la poursuite de cette affaire. Il n'est pas inutile de les engager maintenant à ne pas perdre de vue ce dangereux médicastre, qui serait durement frappé à la récidive dans l'année. (*Gaz. méd. de Bordeaux.*)

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

VII

Je viens de déterminer la conduite que vous aurez à tenir vis-à-vis du nourrisson, dans les conditions où je vous ai supposés placés, c'est-à-dire mandés dans une famille pour un nourrisson affecté de syphilis et allaité jusqu'alors par une nourrice.

Or, le traitement et l'alimentation de l'enfant réglés d'après les principes que je viens de tracer, est-ce là tout ce que vous avez à faire?

Non. Je vous l'ai déjà dit dès le début de cet exposé, d'autres *devoirs* vous restent encore à remplir. Et ceux-ci ne sont plus simplement médicaux; ils sont d'autre nature, comme vous allez le voir. Ils sont *sociaux,* si vous me permettez l'expression, que j'espère d'ailleurs légitimer par ce qui va suivre.

Ont-ils pour cela moins d'importance, et avons-nous le droit de nous en détacher, de nous en désintéresser, en disant qu'après tout, nous ne sommes que médecins, simplement médecins, et que notre rôle s'arrête à prescrire une hygiène, à formuler une médication? Nullement. Notre conscience, d'abord, nous impose ces devoirs, elle nous y oblige. Puis, viendrions-nous par impossible à les oublier, que les tribunaux (comme cela s'est vu) pourraient nous y rappeler.

Seulement, les devoirs qui se présentent alors au médecin et dont il me reste à vous parler sont plus délicats, plus difficiles à remplir que les simples obligations professionnelles et purement médicales. Le médecin est moins familiarisé avec eux qu'avec la pratique courante de son art. Le jeune homme, qui sort des bancs de l'École ou des salles de nos hôpitaux, peut ne pas connaître ces devoirs ou n'y satisfaire que d'instinct, comme l'honnête homme satisfait à la loi sans en avoir jamais ouï parler. Il peut être, en tout cas, plus ou moins embarrassé pour savoir comment et dans quelle mesure ces devoirs s'imposent à lui. Raison de plus, ce me

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 19, 31 mai et 26 juin.

FEUILLETON

A PROPOS DE L'ÉPHÉMÉRIDE DU 12 JUILLET 1877

Rouen, 30 juillet 1877.

Très-honoré confrère,

Veuillez, s'il vous plaît, être mon interprète auprès de M. A. Ch., rédacteur des *Éphémérides médicales,* et le prier de m'indiquer, avant dimanche prochain, la source à laquelle il a puisé l'éphéméride du 12 juillet dernier.

J'ai les *Lettres de Guy Patin,* édition de 1846, et je ne trouve aucune lettre de Guy Patin à Utembogard.

Dans mes loisirs, je m'occupe volontiers d'horticulture, et je serais heureux d'établir nettement, plus nettement encore que dans l'UNION MÉDICALE du 12 juillet, l'étymologie du mot *jonquille,* qui diffère tant de celle admise par Littré.

Avec mes remerciments d'avance, recevez l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr J. BOUTEILLER.

Je rouvre ma lettre pour ajouter que je ne trouve pas non plus, dans les *Lettres de Guy Patin* publiées par l'UNION MÉDICALE, en 1876, la fameuse lettre du 12 juillet 1662 à Utembogard.

Veuillez dire à M. A. Chereau que j'ai l'intention de dire quelques mots, d'aujourd'hui 31 juillet en huit, au sein de la Société d'horticulture, dont je suis secrétaire.

semble, pour que je vous les expose avec détails, et que j'essaye, dans la mesure de mes forces, de vous épargner sur ce point un pénible apprentissage.

I. — Reprenons la situation où nous l'avons laissée.

Nous étions dans une famille, entre un nourrisson syphilitique et une nourrice encore saine. Nous venons de régler ce qui est relatif au nourrisson. Reste la nourrice.

Or, cette nourrice, avons-nous, oui ou non, à nous en occuper?

Le médecin, appelé en de telles conditions, peut-il se désintéresser absolument de cette nourrice et se dire : « J'ai été mandé ici par la famille de l'enfant; je suis et ne suis que le médecin de la famille. Donc, je n'ai pas à me soucier de la nourrice. Arrive que pourra à cette nourrice; qu'elle prenne soin d'elle et de ses intérêts comme elle l'entendra; qu'elle consulte, si elle a quelque inquiétude, quelque soupçon, un autre médecin. Moi, je n'ai rien à voir avec elle. »?

Ou bien le médecin doit-il, dans une certaine mesure tout au moins, s'intéresser à cette nourrice, s'occuper d'elle, l'avertir ou la faire avertir de la situation où elle se trouve placée, du danger qui la menace, et somme toute, par un moyen ou un autre, chercher à la sauvegarder? Et jusqu'où doit-il, jusqu'où peut-il aller dans cet office protecteur?

Graves et bien délicates questions que celles-ci, Messieurs. Questions cent fois discutées, controversées, et — je vous en avertis tout d'abord — résolues en divers sens, résolues même contradictoirement pour quelques-unes, et cela par des médecins également instruits, également honorables et dévoués. Pour vous en convaincre, lisez à vos loisirs une longue et intéressante discussion qui a occupé en 1868 la Société des sciences médicales de Lyon, et vous y verrez les opinions les plus opposées émises par divers membres de cette Compagnie savante.

Est-ce assez vous faire pressentir que nous allons nous engager sur un terrain des plus ardus? Les questions en effet qui vont se présenter ici à nous sortent absolument du cadre de nos études habituelles. Cependant, comme il s'y rattache un intérêt général, comme notre intérêt propre, à nous médecins, s'y trouve également engagé, elles réclament de nous une étude attentive. Procédons méthodiquement à cette étude, et essayons de nous diriger sans encombre dans ces démêlés moitié médicaux et moitié juridiques.

Tout d'abord, puisqu'il s'agit ici de questions où la loi va intervenir, puisqu'il

---

Ce que je désire, c'est le texte complet de la lettre, car dans l'éphéméride du 12 juillet 1662 il y a des points à deux places.

Remerciez bien M. A. Chereau pour le mal que je vais lui donner.

Et à vous encore merci. Dr J. B.

Des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché d'insérer à temps, selon le souhait de notre correspondant, la réponse suivante de M. Chereau :

A Monsieur le docteur J. Bouteiller, de Rouen.

Monsieur et honoré confrère,

Dans une lettre du 30 juillet dernier, signée de vous, et que l'on m'a communiquée, vous voulez bien vous intéresser à mon humble éphéméride du 12 du même mois, dans laquelle il est fait allusion à une lettre de Guy Patin à son ami Utembogard, d'Utrecht. Vous vous étonnez de ne pas avoir trouvé cette lettre dans « l'édition de 1846 (celle de Réveillé-Parise) que vous possédez... » Je le crois pardieu bien! Cette lettre *n'a jamais été éditée*; elle fait partie d'un groupe de plus de quatre cents lettres patiniennes, *originales*, écrites en latin, et que j'ai trouvées dans un coin de la bibliothèque de notre Faculté, bien ficelées, bien empaquetées, et, dès lors, soustraites aux regards des curieux. Je viens de les copier toutes *in extenso*, cher confrère, et j'espère bien, un jour, en tirer parti. Chrestien Utembogard était professeur de botanique à Utrecht; les liens de la plus vive affection l'ont uni à notre Patin. Les deux amis se sont souvent écrit. Dans le groupe de lettres originales en question, il y en a 48 écrites de Guy à son cher Chrestien, et, dans presque toutes, le docteur régent de

s'agit de devoirs médicaux dont l'omission ou la transgression peut nous conduire *en accusés* devant les tribunaux, le bon sens nous dit qu'avant tout nous devons interroger la loi. Sans doute, elle va nous éclairer aussitôt, en prenant soin de déterminer nettement ce qu'elle attend de nous, de préciser d'une façon catégorique les devoirs, les obligations qu'elle nous impose.

Eh bien, pas du tout. Attendre cela de la loi témoigne simplement de notre grande inexpérience en pareille matière. La loi reste muette sur les points spéciaux qui nous intéressent le plus vivement. Elle ne vise par aucun texte, par aucun article, les obligations qu'on entend nous imposer dans l'espèce. Elle s'en tient à de simples généralités, et aux généralités les plus larges, les plus compréhensives, afin de tout embrasser dans un cadre commun. Elle pose des principes, et c'est tout, laissant à chaque citoyen le soin de régler sa conduite d'après lesdits principes, dans chaque cas particulier. En fait, et si peu qu'on y réfléchisse, il ne saurait en être autrement, et puéril serait de demander à la loi un article spécial pour chacune des situations si multiples et si variées que crée le hasard des événements.

Réduits de la sorte à des principes généraux, voyons quels sont ces principes. Quelles bases avons-nous, légalement, pour diriger notre conduite? Ceci, et rien autre :

Deux articles du Code, à savoir :

1° L'un, relatif à un principe général de droit commun, et se formulant de la sorte :

Article 1382 (Code civil). — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

2° L'autre, relatif au secret médical :

Article 378 (Code pénal). — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires par état ou profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement de un à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs.

Et c'est tout. La loi ne dit rien de plus précis.

Or, trouvez-vous cela bien clair, Messieurs, et la réunion de ces deux textes vous fournit-elle des indications suffisantes pour régler votre conduite, dans tous les cas possibles, d'une façon conforme à l'esprit de la loi? Non, n'est-ce pas? Cela

---

l'Ecole de Paris, connaissant les goûts de son correspondant d'Utrecht, lui parle plantes, graines, etc., et lui annonce des envois successifs, grâce surtout à l'obligeance de Denis Joncquet, professeur lui-même de botanique à la Faculté de Paris.

Vous me demandez, Monsieur et honoré confrère, le texte complet de la lettre (en latin) qui fait le sujet de mon éphéméride. J'ai le regret de ne pouvoir, pour le moment, accéder à votre demande, ma copie des 400 et quelques lettres étant chez le relieur, et les originaux étant en tel désordre, chronologiquement parlant, que ce serait un travail un peu long que d'y trouver la lettre en question. Tout ce que je peux faire, c'est de vous promettre le texte demandé après le retour de mon manuscrit de chez le relieur.

Quant à l'étymologie du mot *Jonquille*, que j'ai hasardée, je vais être obligé, j'en ai peur, de m'avouer « pincé et collé ». *Joncquet, Jonquille*, ces deux mots se sont subrepticement mariés dans mon esprit, et y ont fait ménage interlope. Vous avez biffé le contrat, et vous avez bien fait. Notre illustre Littré est là pour vous donner raison. Et, bien plus, je consulte un ouvrage publié par Denis Joncquet lui-même, et qui porte ce titre : *D. Joncquet, medici parisiensis, Hortus, sive Index onomasticus plantarum, quas excolebat Parisiis, annis* 1658 *et* 1659 (Paris, 1660, in-4°); et parmi les 41 espèces du genre *Narcissus* qu'il cultivait dans son jardin, je vois 5 variétés de *Narcissus juncifolius*. Jonquille est donc, indubitablement, un diminutif du latin *juncus*; les Espagnols disent *junquille*; les Italiens, *giunchilia*.

Recevez, je vous prie, Monsieur et honoré confrère, mes salutations empressées.

Dr A. CHEREAU.

est si peu clair, en effet, que l'interprétation des deux articles en question a soulevé mille controverses dans le camp des médecins, et que les gens même qui, par métier, sont chargés de comprendre et d'appliquer la loi, ne s'entendent guère mieux que nous sur ce point.

Je vais plus loin, quant à moi, de par l'expérience que j'ai acquise en la matière, de par ce que j'ai vu, lu ou entendu. Et je dis que, grâce à la combinaison de ces deux articles du Code, le médecin se trouve, en l'espèce, conduit dans une impasse dont il ne peut sortir *sans être coupable*. Qu'il prenne tel ou tel parti, qu'il fasse blanc ou noir, il sera toujours coupable. Car, s'il fait blanc, il obéit au premier des deux articles précités, mais en lésant le second; et, s'il fait noir, il obéit au second, mais en lésant le premier. Donc, la situation est insoluble pour lui, légalement; et il est amené légalement — passez-moi une expression triviale — dans un véritable traquenard sans issue. Jugez-en.

La situation, vous la connaissez. Il s'agit d'un enfant syphilitique pour lequel vous avez été mandé dans une famille, et d'un nourrisson qui, jusqu'alors, avait reçu le sein d'une nourrice.

Or, je suppose que, soucieux d'obéir à l'article 378, c'est-à-dire observateur rigoureux du secret médical, vous vous borniez à traiter l'enfant sans vous préoccuper de la nourrice, sans avertir la nourrice du danger spécial auquel elle est exposée. Que va-t-il arriver? Non avertie, la nourrice prend la vérole. Et alors, justement indignée, cette nourrice se retourne contre vous : « Quoi, vous dira-t-elle, soit de sa propre inspiration, soit par la bouche de son avocat, quoi, vous saviez que cet enfant avait la vérole; vous m'avez vue le nourrir, et vous ne m'avez pas avertie! Et vous m'avez laissée prendre la vérole! C'est une infamie! Mais je vous tiens, grâce à l'article 1382. Vous m'avez causé par votre faute un dommage *que vous avez l'obligation de réparer*. Et vite un bon procès, suivi d'indemnité pécuniaire que vous aurez à m'allouer. »

Tout au contraire, saisi d'un beau zèle philanthropique, vous vous dites : « Il est impossible que je laisse cette nourrice prendre la vérole de son nourrison », et vous avertissez la nourrice du risque qu'elle encourt. Que se produit-il? C'est que la nourrice, d'abord, attaque le père de l'enfant, puis que celui-ci, à son tour, vous prend à partie : « Ah! vous avez dit à la nourrice — qui est allée le colporter partout — que mon enfant avait la vérole, et que, par conséquent, moi aussi j'avais la vérole. C'est un abus de confiance, une indignité! Mais je vous tiens, grâce à

A PROPOS DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE

Baume-les-Dames, le 25 juillet 1877.

Monsieur le rédacteur en chef,

M. V. Cornil, dans son *Journal des connaissances utiles*, numéro du 30 juin et UNION MÉDICALE du 19 juillet 1877, vient d'écrire un article intéressant sur l'organisation de l'enseignement pathologique et des autopsies à l'École de médecine de Lille, dans lequel il montre notre infériorité, sous ce rapport, sur les institutions de l'Allemagne, de la Suisse et des pays du Nord. Tout en félicitant vivement M. le docteur Coyne d'avoir adopté une excellente manière d'enseigner l'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lille, mes souvenirs se reportent vers mes années d'étude, peu avant la guerre, à la Faculté de médecine de Strasbourg. Déjà, à cette époque, M. Feltz a suivi le programme de la méthode de M. Coyne, et, en cela, il était largement secondé par l'enseignement vraiment clinique et pratique de nos grands maîtres, M. Schützenberger et M. Hirtz qui, dans leurs leçons cliniques, s'occupaient beaucoup d'anatomie pathologique, et savaient si bien unir la théorie aux démonstrations pratiques.

Ayant été, par suite d'événements, dans la nécessité de terminer mes études à la Faculté de médecine de Paris, j'ai eu l'occasion de constater que l'enseignement de l'anatomie pathologique laissait à désirer, sous le rapport clinique et pratique.

L'année dernière, j'ai fait un voyage à Strasbourg et cherché à me rendre compte de l'organisation de la Faculté de médecine allemande; j'ai parcouru les belles salles de dissection, les vastes laboratoires de chimie, d'anatomie pathologique et de biologie; j'ai admiré les

l'article 378 qui vous obligeait au silence. Vous avez violé le secret médical à mon détriment et vous m'en rendrez compte devant les tribunaux. »

Telle est l'impasse annoncée, Messieurs. Ainsi, concevez bien la situation du médecin devant la loi. Il n'a que deux partis à prendre : avertir ou ne pas avertir la nourrice. S'il l'avertit, le voici coupable, au point de vue de l'article 378 ; s'il ne l'avertit pas, le voici non moins coupable de par l'article 1382. Qu'il se tire de là, s'il le peut.

Comme vous le voyez par ce simple aperçu, la loi théorique est loin de nous éclairer sur la conduite que nous avons à observer. Mais, à défaut du Code, consultons la loi appliquée, c'est-à-dire les textes des jugements, les arrêts des tribunaux relatifs à notre sujet. Voyons comment la loi a été comprise par les magistrats chargés de l'interpréter. Peut-être trouverons-nous de ce côté un guide meilleur ; peut-être les sentences rendues dans le sanctuaire de la justice vont-elles dessiller nos yeux et nous éclairer subitement d'un jour nouveau.

Vaine espérance. Pour ma part au moins, après avoir lu, compulsé, médité les nombreux procès ou débats juridiques auxquels a donné lieu la transmission de la syphilis par l'allaitement, j'avoue n'y avoir pas trouvé de nouvelles lumières. L'impression la plus générale et la plus importante que m'ait laissée cette lecture, c'est que, dans l'esprit de nos magistrats, *le secret médical reste subordonné au devoir plus impérieux de sauvegarder la nourrice en lui révélant la maladie du nourrisson.* Je vois, en effet, dans plusieurs procès, que des médecins ont été admonestés, réprimandés en plein tribunal, pour avoir laissé ignorer à la nourrice la maladie de l'enfant. Il existe même, en ce sens, un arrêt d'une Cour d'appel, arrêt aussi absolu que possible et très-essentiel à connaître. Bien qu'emprunté, en effet, à un jugement d'espèce, comme on dit au Palais, l'arrêt en question contient une véritable *déclaration de principes*, et résume en quelques lignes les devoirs imposés au médecin, tels que paraît les entendre la magistrature. Ecoutez les curieux Considérants du dit arrêt :

« La Cour (de Dijon) :

« Considérant que le médecin est, comme tout citoyen, *responsable du dom-« mage* causé par son imprudence, sa légèreté ou son impéritie notoire, en « un mot par sa faute personnelle ; — qu'ainsi le médecin qui, sciemment, « laisse ignorer à une nourrice les dangers auxquels l'expose l'allaitement d'un

---

nombreux appareils, les microscopes et instruments d'expérimentation qui faisaient défaut à notre ancienne Faculté française ; le nombre de chaires de clinique et de professeurs a doublé. La bibliothèque de l'Université est installée à l'ancien château impérial, ce beau palais qui, sous le règne de Napoléon III, n'a servi qu'à justifier la petite pension de Marco Saint-Hilaire. Il y était bibliothécaire sans livres, aux appointements de 2,000 francs. La salle de lecture de l'Université est magnifique, meublée avec luxe ; on y voit les journaux de médecine, les revues scientifiques de toutes les grandes nations de l'Europe ; il en est de même des journaux politiques, et j'étais un peu étonné d'y trouver les principaux organes des nuances du parti républicain français.

Je me rappelais alors les savantes conférences que M. Schützenberger nous faisait, peu avant la guerre, sur l'organisation de l'enseignement médical en France en le comparant à celle de l'Allemagne. Sa parole éloquente, empreinte d'une noble franchise et d'une grande indépendance, déplorait, la tristesse dans le cœur, notre infériorité. Depuis, de grands progrès ont déjà été réalisés, et surtout j'ai applaudi, avec un orgueil patriotique, aux généreux et intelligents efforts de M. Waddington pour la réorganisation de notre enseignement médical. Ce ministre libéral a bien compris que l'instruction et les progrès scientifiques constituaient l'indice le plus sûr de la vitalité et de la grandeur d'une nation ; malheureusement des événements que je ne veux pas apprécier ici l'ont renversé au milieu de sa tâche.

Agréez, Monsieur le rédacteur, etc. Dr BUTTERLIN,

Médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs).

« enfant atteint de la syphilis congénitale, peut être déclaré RESPONSABLE *du* « *préjudice causé par sa* RÉTICENCE; — qu'il ne saurait prétendre qu'appelé à « donner ses soins à l'enfant seul, il n'avait pas à se préoccuper du danger que « peut courir la nourrice; — qu'un pareil système, qui blesse les lois de la mo« rale, ne peut être invoqué contre une nourrice à laquelle la situation même « impose une confiance nécessaire dans le médecin choisi par la famille de l'en« fant....; etc., etc. »

Voilà au moins qui a le mérite d'être clair, et voilà les devoirs du médecin nettement définis par cet arrêt.

Donc, d'après la Cour de Dijon et d'après les jurisconsultes qui acceptent l'esprit de cet arrêt (1), notre conduite à tenir serait la suivante : *Nous départir du secret médical et avertir quand même la nourrice.* Telle est, bien manifestement, la conséquence de cet arrêt. Car :

1° Puisque le médecin qui se tait en pareille situation peut être déclaré « responsable du préjudice causé par sa réticence » ;

2° Puisque le système qui consisterait à se retrancher dans le secret médical est un système qui, dans l'espèce, « blesse les lois de la morale » ;

Il suit de là, évidemment, que, pour se soustraire à cette responsabilité et à cette culpabilité, le médecin n'a plus qu'une chose à faire, à savoir : parler, avertir la nourrice, lui déclarer la maladie de l'enfant. Cela est bien clair.

Tel est donc ce que les tribunaux — tout au moins ce que la Cour de Dijon et quelques jurisconsultes — exigent de nous. Telle est la voie où ils veulent nous engager. Et, après avoir pris des renseignements sérieux à plusieurs sources, je me suis laissé dire ceci par des personnes compétentes : « Plus encore que nos magistrats, certains jurisconsultes de l'École de droit tendent à sacrifier le secret médical, pour exagérer davantage encore la responsabilité du médecin vis-à-vis de la nourrice. »

Eh bien, Messieurs, cette doctrine, j'avoue que moi, médecin, je ne puis l'accepter, malgré la déférence et le respect dus à nos magistrats. Je la combats même énergiquement. Je ne puis tolérer le rôle du médecin brisant net avec le secret médical, avertissant quand même la nourrice, l'avertissant sans le consentement de la famille. Je ne puis tolérer le rôle du médecin *délateur*, *dénonciateur*, car, à parler net, c'est une délation, une dénonciation qu'on exige de nous en pareille circonstance.

Cette doctrine, je la repousse — dût la Cour de Dijon me condamner — parce que ma conscience la repousse. Et elle la repousse pour les trois motifs suivants, que je dois exposer d'une façon catégorique :

(1) Je vois avec regret cette doctrine acceptée par un homme très-distingué, à qui sa double situation de docteur en médecine et de magistrat confère une compétence particulière sur le sujet qui nous occupe. Dans le remarquable travail qu'il a consacré à l'étude de la *Transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons* (Paris, 1875. G. Masson), M. le docteur Camille Appay appuie de son autorité l'arrêt de la Cour de Dijon. « La solution ci-dessus, dit-il à propos de cet arrêt, repose sur l'application du principe aujourd'hui constant de la responsabilité médicale..... Le médecin était-il coupable des conséquences de sa réticence? Son système de défense paraît avoir consisté à dire qu'appelé par la famille à soigner l'enfant, il n'était pas par cela même le médecin de la nourrice qui l'allaitait, et que dès lors le mandat, qui pouvait engager sa responsabilité vis-à-vis de la famille qui l'avait investi de sa confiance, ne l'engageait nullement vis-à-vis de la nourrice elle-même. Mais un tel raisonnement, en même temps qu'il ne tenait aucun compte des sentiments d'humanité qui doivent guider le médecin dans l'accomplissement de sa mission, n'a aucun fondement sérieux, *même à un point de vue exclusivement juridique*. Il est bien évident, en effet, que, par la nature même des choses, la santé de l'enfant et celle de la nourrice se confondant en tout ce qui se rapporte à l'allaitement, le médecin ne peut soigner l'un sans soigner l'autre; et toutes deux, eu égard à cette relation intime qui existe entre elles, ne peuvent pas ne pas être de sa part l'objet d'une égale, disons mieux, d'une seule et même sollicitude. Il est évident aussi, comme le dit dans ses motifs l'arrêt que nous citons, que « la situation de la nourrice lui impose une confiance nécessaire dans le médecin choisi par la famille de l'enfant. » Or, *cette confiance nécessaire ouvre naturellement l'action en responsabilité contre celui qui la trahit.* » (P. 97-98.)

1° Parce que le médecin qui agit de la sorte, conformément à cet arrêt de Cour que je viens de vous lire, se met en lutte ouverte avec la loi.

Il me semble que le médecin qui va dire à une nourrice : « Votre nourrisson a la vérole, prenez garde à vous », il me semble que ce médecin en prend bien à l'aise avec cette salutaire garantie du malade et des familles qu'on appelle le *secret médical*. Que devient donc pour lui l'article 378 du Code pénal, article qu'Hippocrate avait inventé avant nos législateurs? Que devient pour lui cette première et sainte loi de notre profession? Tournez les yeux vers le passé, Messieurs, et voyez jusqu'à quel point nos pères professaient et honoraient le secret médical, alors qu'ils inscrivaient en tête de leur thèse inaugurale, comme le premier devoir du médecin entrant dans la pratique, le célèbre SERMENT que vous connaissez.

J'accorde que, dans l'espèce, le médecin qui s'en va révéler à une nourrice la syphilis de son nourrisson, ne se dégage du secret médical que dans un but aussi désintéressé qu'honorable, dans le but d'être utile à cette nourrice et à la société. Soit! Mais voyez les inconvénients de cette rupture avec un principe. Pour être utile à une nourrice, ce médecin lui apprend que son nourrisson a la vérole. De même alors, et pour être conséquent avec lui-même, il pourra, il devra avertir un futur beau-père de la vérole de son futur gendre. Puis la vérole, je pense, n'aura pas seule le privilége de lui délier la langue et de le relever de son serment. Ne se taisant pas quand il s'agit de la vérole, il ne se taira pas davantage (toujours pour la même raison) quand il s'agira d'autres maladies graves qui intéressent également la sécurité des familles et de la société; il se taira même d'autant moins que la gravité de ces maladies sera plus grande et la sauvegarde à exercer plus importante. Et le voilà nécessairement amené, par la logique des choses, à toute une série de révélations concernant le cancer, la phthisie, la dartre, l'épilepsie, la folie et toutes autres maladies, soit contagieuses, soit transmissibles héréditairement. Sur cette voie, il n'est pas d'arrêt, vous le concevez aisément; et, le premier pas fait, la pente est fatale. C'est le naufrage du secret médical.

2° Cette doctrine, je la réprouve encore parce que, dans l'espèce, la révélation aboutit ou peut aboutir aux conséquences les plus déplorables pour les familles.

Cette nourrice, à qui est faite la révélation de la maladie de l'enfant, se taira-t-elle? Gardera-t-elle le secret pour elle? Le croire ou l'espérer serait bien naïf. D'autant que ce secret est une arme pour elle, un instrument de « chantage » entre ses mains, comme on dit vulgairement. Encore, si elle ne s'en servait que pour obtenir les dédommagements auxquels elle peut avoir droit, le mal ne serait pas grand. Mais elle bavardera sûrement là où son bavardage ne peut qu'être inutile ou nuisible, elle divulguera, elle rendra publique la maladie de l'enfant; elle déversera la honte sur une famille. Et vous voulez que le médecin devienne l'origine de tels scandales! Je m'y refuse absolument pour ma part.

3° Je la repousse enfin, cette doctrine, parce que la révélation est *inutile*, sinon toujours, au moins dans la grande majorité des cas, à protéger, à sauvegarder la nourrice.

Faites cesser l'allaitement pour un prétexte quelconque, et cela suffira à protéger la nourrice. Du moment qu'elle ne donne plus le sein à l'enfant, sera-t-elle plus protégée parce qu'elle sera initiée au secret d'une famille? Non, bien évidemment. Elle est sauvegardée, autant qu'elle peut l'être, par le seul fait de la suspension de l'allaitement. Nul besoin en conséquence d'adjoindre à la suspension de l'allaitement une dénonciation qui ne profite à personne, et qui peut nuire gravement à une famille.

En résumé, donc, je combats la doctrine en question, parce qu'elle me paraît illégale, contraire à la loi ou tout au moins à l'un des articles les plus respectables de la loi; — parce qu'elle comporte les préjudices les plus graves pour les familles; — parce qu'elle est le plus souvent inutile à la protection des nourrices.

Mais entendons-nous bien, Messieurs; si je repousse cette doctrine, ce n'est pas que j'abandonne les intérêts de la nourrice, ce n'est pas que je me réfugie exclusi-

vement dans le secret médical. Bien loin de là! Les intérêts de la nourrice me paraissent, au contraire, de la nature de ceux qu'il est de mon devoir, à moi médecin, de prendre en main et de faire respecter. Comme vous le verrez bientôt, je suis essentiellement *protectionniste* (pardon de l'expression) en ce qui concerne la nourrice. Seulement, je conçois cet office protecteur autrement que la Cour de Dijon. Je crois que nous devons protection à la nourrice, mais protection seulement, et non pas délation.

Je m'explique. Et pour m'expliquer d'une façon absolument catégorique, laissez-moi maintenant vous dire tout au long comment j'ai appris à l'école de mes maîtres, comment j'ai appris par expérience personnelle à envisager les difficiles questions qui nous occupent. Laissez-moi vous dire quelle ligne de conduite je me suis imposée, — non sans y avoir médité longuement, — pour me tirer d'embarras le mieux possible dans ces situations délicates, et surtout pour protéger les intérêts que j'ai le plus à cœur de sauvegarder.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE

I. DES TROUBLES DE LA CIRCULATION GÉNÉRALE QUI SURVIENNENT A LA SUITE ET SOUS L'INFLUENCE DE LA DIPHTHÉRIE. — II. DES FUNESTES EFFETS PRODUITS, CHEZ LES ENFANTS, PAR L'APPLICATION DE CERTAINES MÉTHODES DE TRAITEMENT A LA DIPHTHÉRIE;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 12 mai 1877,

Par le docteur J. Dubrisay.

Messieurs,

En parcourant les tables hebdomadaires de mortalité, vous avez été sans doute frappés du nombre considérable de victimes qui, depuis plusieurs mois, ont été atteintes par la *diphthérie*. Au nombre de ces victimes, vous le savez, figurent, pour Paris seulement, les noms de cinq confrères.

Avec le changement de saison l'épidémie ne semble rien perdre de son intensité : chaque semaine donne encore de 60 à 80 décès; on est donc justifié de revenir, aussi souvent qu'on le fait dans la plupart des Sociétés médicales, sur cette terrible maladie.

Je désire, aujourd'hui, appeler votre attention :

1° Sur les troubles de la circulation générale qui surviennent à la suite et sous l'influence de la diphthérie ;

2° Sur les funestes effets produits, chez les enfants, par l'application de certaines méthodes de traitement à la diphthérie.

I

Ce n'est pas à la période aiguë que surviennent ces troubles de la circulation. A cette époque de la maladie, au contraire, la circulation paraît être normale, le chiffre des pulsations est relativement peu élevé, la chaleur est modérée, et le nombre est très-restreint des cas où l'on entend à la région du cœur un bruit de souffle anormal, indicateur d'une lésion. C'est au moment où la convalescence s'établit, quand les fausses membranes ont entièrement disparu, que des phénomènes cardiaques se produisent. Un fait qui, tout récemment, s'est déroulé sous mes yeux, pourrait du reste être donné comme type de ces accidents.

Obs. I. — Le 29 mars 1877, Mme B... perdait du croup un fils âgé de 8 ans. Le 1er avril, c'est-à-dire quatre jours après, cette dame, âgée de 33 ans, était elle-même atteinte de diphthérie. La maladie resta toujours limitée au pharynx et aux fosses nasales.

Du 1er au 8 avril, un écoulement nasal et des fausses membranes persistèrent : l'état général était d'ailleurs assez bon. La malade put toujours se nourrir.

Le 9 avril, les fausses membranes avaient complétement disparu. La déglutition restait

douloureuse : une partie des boissons revenait par le nez. On ne crut pas cependant, vu l'époque de la maladie, à une véritable paralysie du voile du palais, et en effet, quelques jours après ce symptôme avait disparu.

Du 9 au 13 avril, la convalescence parut se confirmer. Le 13, la malade put se lever pendant quelques heures.

Le samedi 14, vers les cinq heures, elle ressentit tout à coup des palpitations et une vive angoisse à la région précordiale. Le pouls devint très-lent, très-faible et intermittent : les extrémités se refroidirent. La scène se termina par une syncope de quelques minutes.

Le lendemain 15, il y eut plusieurs crises semblables, suivies également de syncopes. Trois au moins dans les vingt-quatre heures.

Le lundi 16, nouvelle crise, très-longue, très-douloureuse, au milieu de laquelle la malade gardait toute son intelligence : elle répétait qu'on ne faisait rien pour la sauver, qu'elle allait mourir, et en effet, à une heure de l'après-midi, après deux heures d'angoisses horribles, elle eut une syncope et succomba. — L'autopsie n'a pas été faite.

Les auteurs qui, dans les vingt dernières années, ont étudié la paralysie consécutive à la diphthérie, ont cité un certain nombre de faits analogues. Dans une monographie publiée dernièrement sur la diphthérie, le docteur Sanné a donné une description qui semblerait avoir été calquée sur la jeune dame dont je viens de vous raconter brièvement l'histoire. Tous ces faits, peu nombreux d'ailleurs, ont été rattachés à la paralysie dite *diphthérique*, tous se sont produits au moment même de la convalescence et ont suivi une marche plus ou moins rapide. Ce qui n'a pas été encore décrit, ce sont ces mêmes accidents cardiaques, intermittence, palpitations, irrégularités, faiblesse et lenteur du pouls se montrant sous une forme chronique, et apparaissant plusieurs semaines après la guérison de la diphthérie.

A ce titre, les deux faits que je vais exposer maintenant paraîtront, je le pense, dignes d'intérêt.

Obs. II. — Il y a quelques années, je fus consulté par une dame de province âgée de 30 à 35 ans, qui se plaignait de palpitations cardiaques avec intermittences du pouls. Comme antécédents elle était rhumatisante, et quelques mois auparavant elle avait eu une angine grave. — C'était seulement depuis cette angine qu'elle avait souffert du cœur. Je dois dire que personne, pas plus moi que les autres médecins consultés, n'avait songé à établir une relation quelconque entre les deux maladies. Ce que l'on nous demandait et ce que nous cherchâmes seulement à déterminer, c'était s'il s'agissait d'une affection organique du cœur ou d'un trouble fonctionnel lié à un état de chlorose ou d'anémie.

Il n'y avait aucun bruit de souffle : la matité précordiale était normale : aucun antécédent n'indiquait qu'une endocardite aiguë ou subaiguë eût pu se développer. L'idée d'une maladie organique du cœur fut écartée. La malade fut soumise à l'usage des toniques, des ferrugineux, et quelques mois après elle était complétement guérie.

Ce fait m'était absolument sorti de la mémoire : l'observation suivante me le rappela et m'en fit trouver, je crois, la véritable explication.

Obs. III. — Le 25 octobre 1876, M. L..., âgé de 45 ans, d'une bonne santé et d'une bonne constitution, était atteint d'une diphthérie qui resta limitée aux amygdales et au pharynx. Les fausses membranes, grisâtres et très-épaisses, persistèrent pendant six jours : la chute de ces fausses membranes fut suivie d'ulcérations profondes qui, pendant dix jours, rendirent la déglutition très-douloureuse. Il n'y eut pas cependant comme dans la première observation, celle de Mme B...., retour des boissons par le nez. Au plus fort de la maladie, la fièvre avait été modérée; la chaleur n'avait pas dépassé 39°2. Le pouls et les battements du cœur étaient restés *parfaitement réguliers*, quoique accélérés.

Par une coïncidence assez bizarre, M. L... était à sa seconde attaque de diphthérie. En février 1854, à l'âge de 23 ans, il avait eu une première angine diphthérique, à la suite de laquelle il avait été atteint d'une paralysie généralisée qui persista du mois de mars jusqu'à la fin d'août. Son observation a été rapportée dans la thèse de Maingault, parue en 1854.

Quoi qu'il en soit, vers le milieu de novembre 1877, M. L... reprit ses occupations. Il se croyait guéri, mais il reconnut bientôt qu'il était encore d'une extrême faiblesse : parfois même il éprouvait de véritables crises d'anéantissement général et de somnolence.

Le 15 décembre, il ressentit pour la première fois quelques palpitations. A l'auscultation, on constata que les battements du cœur étaient très-faibles, excessivement lents, et d'une

notable irrégularité. C'était, comme l'a dit très-justement quelques jours après M. Potain, un cœur *digitalisé*. Tantôt le premier bruit, tantôt le deuxième, était dédoublé, tantôt les deux bruits l'étaient l'un après l'autre. Il n'y avait plus accord entre les battements de l'artère radiale et ceux du cœur. Les ondées cardiaques semblaient trop faibles pour arriver toutes jusqu'à l'avant-bras, et, en effet, les intermittences et les irrégularités étaient plus nombreuses au pouls qu'au cœur; les battements étaient, par conséquent, plus rares au niveau du bras qu'au niveau du cœur.

Le nombre des pulsations radiales resta fixé pendant quinze jours à 50, 44, 42, et comme chiffre extrême à 38 pulsations. Si le malade était loin d'un repas, les intermittences et la lenteur du pouls étaient plus marquées. Après les repas, le pouls se relevait et devenait moins irrégulier. Du reste, nul bruit de souffle ni au niveau du cœur, ni dans les vaisseaux du cou.

A la percussion, pas de matité anormale. Comme phénomènes subjectifs, quelques palpitations rares et peu marquées : par instant, disait le malade, il sentait son cœur, et, ce qui était plus marqué, il éprouvait un peu d'essoufflement à la suite de mouvements brusques ou rapides.

DIAGNOSTIC. — Quelle était la cause? Quelle était la nature de ces accidents?

S'agissait-il d'une affection organique du cœur? D'une lésion d'orifices? En présence des symptômes que je viens d'énumérer, cette idée me parut inadmissible et fut également repoussée par MM. Lasègue, Potain et Bouchut, qui virent successivement le malade.

Fallait-il attribuer ces phénomènes bizarres à une intoxication par le tabac? On a mis bien des charges sur le compte de la nicotine, mais, jusqu'ici, la question n'a jamais été éclaircie. Si fumer est une faute grave au point de vue de l'hygiène, que de coupables ne voyons-nous pas autour de nous, et, cependant, combien peu de gens sont punis! Du reste, les accidents présentés par M. L.... ne rentrent pas dans la classe des accidents nicotianiques. Il n'y avait pas la moindre douleur à la région précordiale, pas d'oppression, jamais d'angoisse précordiale. En somme, aucun des phénomènes que Beau, le grand ennemi du tabac, s'était plu à décrire. La marche fut également très-différente de ce qui a été observé à la suite des abus de tabac.

Restait une troisième hypothèse, la diphthérie. M. Bouchut, qui chaque jour poursuit à l'hôpital les traces de cette terrible maladie, et en a le premier décrit un certain nombre, n'hésita pas à accuser la diphthérie. M. Potain pencha également vers cette opinion. Quelque temps auparavant il avait vu une dame anglaise qui, à la suite d'une angine, avait présenté des symptômes analogues. Cette dame, examinée successivement par plusieurs médecins de Londres et de Paris, avait donné lieu à des diagnostics contraires : « Maladie organique du cœur, *incurable*. Troubles fonctionnels passagers et *curables*. » M. Potain avait admis la deuxième hypothèse. Le médecin de Londres était aussi de cet avis. Déjà plusieurs fois, disait-il, il avait vu des cas semblables à la suite de diphthérie. Des toniques et un exercice modéré furent prescrits, et la dame guérit.

Pour moi, Messieurs, je n'hésite pas non plus à regarder la diphthérie comme la cause unique de ces phénomènes morbides, et mes raisons sont les suivantes :

Entre les accidents aigus dont ma première observation présente un type complet et ceux dont nous vous parlons en ce moment, il n'y a qu'une différence d'intensité et d'époque. Dans les deux cas, il y a intermittence, irrégularité, ralentissement du cœur et du pouls; dans ces deux cas, il y a palpitations, étouffements et affaissement général de l'économie. C'est donc, à n'en pas douter, une action toxique de même nature; seulement le poison a été absorbé à des doses différentes et par des organismes d'une résistance également très-différente.

Mme B..., jeune femme affaiblie par un accouchement récent, par l'allaitement consécutif et plus encore par le chagrin que lui avait causé la mort de son fils, succomba à la perturbation cardiaque, tandis que M. L..., plus fort, et dans de meilleures conditions physiologiques, put en triompher. Traité par les ferrugineux, le quinquina et une alimentation tonique, M. L... fut cependant longtemps à se rétablir. A plusieurs, fois il se crut guéri, et la moindre fatigue ramenait des inter-

mittences et de l'essoufflement; encore aujourd'hui, plus de six mois après l'angine, il est astreint à de nombreuses précautions hygiéniques et n'a pu entièrement reprendre ses habitudes d'activité, mais il n'y a plus trace d'intermittences ni d'irrégularités cardiaques.

La diphthérie étant admise comme cause, à quelle altération anatomique faut-il se reporter?

Dans ces dernières années, l'anatomie pathologique a fait sur cette question de nombreuses acquisitions. L'endocardite végétante décrite par MM. Bouchut et Labadie-Lagrave; les thromboses cardiaques étudiées surtout par M. Beverley-Robinson, la dégénérescence granulo-graisseuse des parois du cœur étudiée tout à la fois en France et à l'étranger, et enfin les altérations des extrémités nerveuses décrites par Vulpian dans plusieurs cas de paralysie, sont autant de chapitres nouveaux ajoutés à l'histoire scientifique de la diphthérie.

Dans lequel de ces chapitres faut-il faire rentrer les observations que je viens de citer? En se basant sur les autopsies, chez Mme B... et chez M. L... il devait y avoir à des degrés divers l'altération granulo-graisseuse des parois du cœur, telle qu'on la rencontre à la suite de la fièvre typhoïde et de diverses autres maladies. Envisagés cliniquement, les phénomènes pathologiques que nous avons décrits rentrent dans le cadre des paralysies diphthériques. Ce qui donne à ces faits une physionomie particulière, c'est que la paralysie était bornée au muscle cardiaque seul. En plus, chez M. L..., la paralysie s'est développée très-tardivement. De là une assez grande difficulté comme diagnostic.

En terminant cette étude, je répéterai ce que j'ai dit au début. Quelques auteurs ont décrit immédiatement après la diphthérie des accidents cardiaques *aigus et souvent mortels*. Il faut allonger le chapitre et dire :

Les troubles cardiaques peuvent ne survenir ou du moins n'être reconnus qu'un certain temps après la guérison de la diphthérie. Ils peuvent se présenter sous une forme chronique. Ils ne sont pas fatalement mortels, mais ils sont toujours d'une longue durée.

Nota. — En poussant plus loin l'analyse, ne pourrait-on rattacher cette paralysie à une lésion du système nerveux? Dans le cas actuel, à une lésion du pneumogastrique?

II

Messieurs, avant de quitter le chapitre de la diphthérie, je désire vous dire encore un mot à propos du traitement, ou du moins à propos de certaines méthodes de traitement.

En dépit des leçons répétées de nos maîtres les plus autorisés, un certain nombre de médecins persistent à traiter la diphthérie par la diète et la méthode vomitive appliquée d'une manière intempestive et exagérée.

Quelques exemples choisis entre beaucoup d'autres faits semblables m'aideront à expliquer ma pensée.

Obs. I. — Le 15 mars 1877, j'étais appelé auprès d'un enfant de 22 mois qui, depuis quatre jours, était atteint d'angine diphthérique sans croup.

Pendant ces quatre jours, l'enfant n'avait pris comme aliment que quelques cuillerées de bouillon et avait avalé quatre vomitifs. Au moment de ma consultation, un cinquième vomitif, composé de 120 grammes d'eau et 0,025 de tartre stibié, était tout préparé sur la table. Sous l'influence d'une semblable médication, l'enfant était atteint d'une violente entéro-colite, et, deux jours après, il succombait, beaucoup plus à la complication qu'à la maladie primitive.

Obs. II. — A la même époque, le 13 mars 1877, j'étais appelé à huit heures du soir auprès d'un superbe enfant de 7 ans 1/2, atteint depuis trois jours d'angine diphthérique sans croup. Quelques heures avant mon arrivée, le médecin de la famille, effrayé par les progrès de la maladie, avait prescrit :

Julep gommeux.	125 grammes.
Tartre stibié	10 centigr.

A prendre en trois fois, de demi-heure en demi-heure, avec recommandation *écrite*, si l'enfant ne vomissait pas abondamment, de lui donner par tasses une infusion chaude de thé pour favoriser les vomissements.

Sous l'influence de ce traitement, l'enfant était tombé dans un véritable état cholériforme, et malgré toutes les indications, nous ne pûmes pas opérer le soir même : l'enfant serait mort d'une syncope entre nos mains. Le lendemain matin, à six heures, les forces étant un peu relevées, l'opération fut pratiquée, mais il était trop tard : la diarrhée, d'ailleurs, n'avait pas cessé, et le lendemain l'enfant succombait.

De ces faits, faut-il conclure à une condamnation de la méthode vomitive?

Assurément non : je voudrais seulement, pour ceux de nos confrères qui n'ont pas, comme nous, médecins de Paris, le triste avantage de voir sans cesse des cas de diphthérie, je voudrais, dis-je, les mettre en garde contre la routine, contre les dispositions des parents qui, en face du croup, sont toujours et sans cesse prêts à faire vomir, et enfin contre certaines doses fort dangereuses, bien qu'elles aient été indiquées dans des formulaires semi-officiels, excellents d'ailleurs à tous autres égards.

Que peut-on obtenir par les vomitifs? L'expulsion des fausses membranes du point où, par leur présence, elles gênent ou empêchent la respiration. Ainsi, les laryngites, trachéites, bronchites diphthériques seront, avec le plus grand avantage, combattues par les vomitifs. Il y a indication formelle.

Mais, si la diphthérie est limitée au pharynx ou aux amygdales, faut-il, dans l'espérance d'une action générale, essayer de combattre par des vomitifs l'espèce de *vis à tergo* qui généralisera peut-être la maladie?

C'est, selon moi, une pratique dangereuse : en vue d'un résultat hypothétique, on déprime son malade à l'instant où il aura besoin de toutes ses forces pour résister à l'intoxication.

Comme première conclusion, je dirai donc que, pour les cas d'angine diphthérique, sans croup ni trachéo-bronchite, il faut être extrêmement réservé dans l'emploi des vomitifs.

Comme deuxième conclusion, alors même que les vomitifs sont le plus indiqués, ainsi dans les diphthéries laryngées et trachéales, il est des règles et des limites qu'il ne faut jamais violer.

Après deux ou trois vomitifs, il faut en général s'arrêter. S'il y a de la diarrhée, on devra s'arrêter beaucoup plus tôt. Quand même il n'y aurait pas de diarrhée, il arrivera une période de la maladie pendant laquelle les vomitifs n'ont plus la moindre action; les lésions anatomiques sont telles, que le vomitif ne peut même plus être que nuisible.

Enfin, la dose et le mode d'administration sont choses très-importantes à considérer, surtout si l'on donne l'émétique. Ce n'est pas 0,10 centigr. à la fois qu'il faut prescrire à des enfants. Jusqu'à 8 ans, il ne faut jamais dépasser, dans une potion, 0,025 à 0,030 milligr. Chez les enfants plus âgés, on peut aller jusqu'à 0,05. Pour limiter l'action purgative et produire franchement le vomissement, il faut donner l'émétique en une seule fois, dans une potion gommeuse de 60 à 100 gr.; ne jamais donner à boire d'eau chaude par-dessus; éviter même, dans les heures qui suivent, de donner des aliments liquides (1).

Administré de la sorte, l'émétique ne sera pas plus dangereux que l'ipéca ou le sulfate de cuivre. Il a même certains avantages : il agit plus rapidement, et, pour les enfants dégoûtés de tout remède, il est plus facile à administrer.

Telles sont, Messieurs, les quelques considérations que je désirais vous présenter au sujet de la diphthérie.

(1) Cette méthode a été indiquée il y a longues années par M. Bouchut, et est encore journellement appliquée dans ses salles.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire. — Tétanos traumatique subaigu guéri par le chloral. — Ligature des deux bouts de l'artère dans les cas d'hémorrhagie par plaie artérielle. — Rapport sur un cas de tumeur calcaire de la bourse prérotulienne. — Ourano-staphylorrhaphie.

M. Guéniot présente une observation relative à un cas de tétanos traumatique subaigu guéri par l'hydrate de chloral.

— A propos de la discussion soulevée dans la dernière séance par la communication de M. Guyon, relative à la ligature des deux bouts de l'artère dans les cas d'hémorrhagie artérielle, M. Larrey fait observer que le mérite d'avoir posé le précepte de la ligature des deux bouts dans les cas dont il s'agit, revient non à Nélaton, comme on l'a dit par erreur, mais au chirurgien anglais Guthrie.

— M. Nicaise fait un rapport sur une observation, adressée par M. le docteur Connor, de tumeur calcaire de la bourse prérotulienne.

— M. Trélat fait une communication relative à diverses opérations d'ourano-staphylorraphie qu'il a eu l'occasion de pratiquer.

Ces opérations sont au nombre de cinq.

La première a été suivie d'un échec complet, que M. Trélat attribue non au procédé, qui était celui de M. Lannelongue, mais à son défaut d'expérience à cette époque.

Dans les quatre autres opérations, les résultats ont été favorables.

Trois des sujets de ces opérations ont été présentés à la Société de chirurgie ; le seul qui n'ait pas été présenté habite l'Isère. C'est un jeune garçon de 15 ans, qui s'était soumis à l'opération croyant que, immédiatement après, il parlerait comme tout le monde. Quand, l'opération faite, il s'est vu aux prises avec les mêmes difficultés, il en a conçu un tel désespoir qu'il est devenu sombre et silencieux, se refusant obstinément à faire le moindre effort pour l'éducation de ses organes vocaux.

Quant aux trois autres malades, l'un est une jeune fille de 18 ans environ, qui, depuis son opération, n'a cessé de faire des progrès dans l'art de la prononciation et de l'articulation des sons; le second est un jeune Brésilien qui est en progrès sur sa prononciation antérieure, laquelle était absolument indistincte ; le troisième, enfin, est un petit garçon qui a dû subir successivement l'opération de l'ouranoplastie, de la staphylorrhaphie et du bec-de-lièvre ; assurément le résultat, au point de vue de la prononciation, n'est pas très-brillant, mais il est encore digne de remarque lorsqu'on le compare à ce qui existait avant l'opération.

Ces quelques faits permettent à M. Trélat d'aborder utilement quelques points spéciaux de l'étude de l'ourano-staphylorrhaphie.

La question historique a été fort bien traitée par M. Verneuil dans le tome Ier de ses *Mémoires de chirurgie réparatrice*; M. Trélat croit devoir renvoyer à cette importante publication ceux qui voudraient l'approfondir.

En ce qui concerne l'âge auquel il convient de pratiquer l'opération, M. Trélat fait observer que ses opérés avaient de 15 à 18 ans. Les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour dire que l'opération est praticable de 2 à 4 ans, mais jamais avant cette époque.

Lorsque la lésion est multiple, il convient d'adopter un ordre de succession opératoire. Voici, par exemple, un malade atteint de bec-de-lièvre, de division du voile du palais et de la voûte palatine, par quelle opération commencer?

Si l'on a affaire à un enfant, M. Trélat est d'avis d'opérer le bec-de-lièvre simple ou double, car la réunion peut amener le rapprochement et même l'accolement des bords alvéolaires. Si le sujet est adulte, comme on ne peut espérer que les bords de la division osseuse se rapprochent, il vaut mieux faire la réunion profonde la première.

Le bec-de-lièvre étant éliminé, par quelle restauration de solution de continuité faut-il commencer? Il y en a trois qui coïncident souvent ensemble : celle du bord alvéolaire, celle de la voûte palatine, celle du voile du palais. M. Trélat est d'avis de restaurer d'abord le bord alvéolaire, car, le reste fût-il oblitéré, il y aura toujours en avant un orifice qui donnera lieu à une cacophonie palatine et labiale et qui livrera passage aux aliments. Restent la division du voile du palais et celle de la voûte palatine. M. Trélat pense que les deux doivent être comblées simultanément, sous peine d'échec probable.

En effet, il faut se rappeler que la voûte palatine est non-seulement fendue, mais insuffisante, et que si l'on veut une réunion des lambeaux destinés à reformer la voûte, il faut déta-

cher l'adhérence postérieure du voile du palais à la voûte. Pour faire à la fois l'ourano et la staphylorrhaphie, il suffira de prolonger les incisions libératrices sur le voile palatin. Roux avait bien compris la nécessité de détruire les adhérences à l'apophyse palatine, car il conseille de couper le voile du palais en travers; mais il avait ainsi un bâillement en losange entre la voûte et le voile. L'idée était bonne, mais le procédé était défectueux.

Voici comment procède M. Trélat. Il commence par mettre ses malades en état d'anesthésie au moyen du chloroforme. La tête est placée dans une attitude de renversement aussi complet que possible, ce qui facilite l'écoulement du sang dans le pharynx en évitant les voies respiratoires. La chloroformisation demande de la patience, car il faut fréquemment s'arrêter et reprendre tour à tour l'inhalation. Toutefois, dans les cas de M. Trélat, l'opération a pu être terminée en moins d'une heure. Un point délicat est la contention des organes de la cavité buccale. M. Trélat trouve insuffisant l'abaisse-langue ordinaire et le bâillon de Smith. Il préfère un bâillon fabriqué par M. Collin; cet instrument ressemble à un mors de cheval et prend son point d'appui sur les dents molaires.

Une fois le malade endormi et bâillonné, on pratique l'avivement, puis les incisions libératrices. Ces incisions portant sur un tissu très-vasculaire, l'hémorrhagie est à craindre; elle a préoccupé tous les chirurgiens, MM. Baizeau, Langenbeck, Broca, Verneuil, etc. Ces derniers ont eu l'idée d'employer, pour l'arrêter, le galvano-cautère. A l'exemple de M. Hermann (de Mulhouse), M. Trélat se sert de la compression et des irrigations d'eau glacée qui lui ont toujours réussi à arrêter l'écoulement sanguin. Aussi, tout en reconnaissant que la modification introduite par M. Tillaux dans le tracé du lambeau, dans le but d'éviter la section de l'artère palatine, repose sur des données anatomiques exactes, M. Trélat pense, qu'au point de vue des résultats de la thérapeutique opératoire, il convient de prolonger les incisions sur le voile du palais.

Une fois les incisions libératrices faites, il faut se hâter, d'autant plus que le décollement du lambeau semble arrêter l'hémorrhagie. Ce décollement doit se faire avec une rugine mousse épaisse, dont l'indication a été attribuée à Langenbeck, bien qu'elle ait été donnée pour la première fois par M. Trélat. Lorsque le lambeau a été ruginé et détaché, on insinue une petite rugine dans l'ouverture béante de l'incision libératrice, et l'on détache l'adhérence du lambeau avec le bord postérieur du palatin. Les deux lambeaux s'affrontent alors; si l'on a omis le détachement de l'adhérence ptérygoïde, il y a fistule ou défaut de réunion en un point.

La suture reste à faire. Pour la partie palatine, M. Trélat se sert depuis une dizaine d'années d'aiguilles avec pointe récurrente en forme d'U; elles ont l'inconvénient d'obliger le chirurgien de faire ses sutures d'arrière en avant, mais elles ont l'avantage de se faire commodément. Pour la partie staphylienne, M. Trélat emploie une autre espèce d'aiguilles.

Les fils doivent être fins et souples, plus fins que les fils d'argent que l'on trouve dans le commerce. Avant de tordre les fils, M. Trélat prend des précautions pour que les lambeaux ne se relèvent pas et ne s'enroulent pas sur leurs bords. Pour la torsion, il se sert de ses doigts, les fils étant maintenus par la sonde cannelée à manche. La torsion se fait dans une étendue de 1 centim. 1/2; on n'adapte ni plomb ni tube au fil métallique.

Quant aux résultats de l'opération, il paraît démontré à M. Trélat que les opérés conservent un appareil ourano-staphylin trop court. Aucun de ses opérés ne peut distendre ses joues par l'air expiré, car, pour accomplir cet acte, il faut que le voile du palais, en se tendant, intercepte la communication du pharynx avec les fosses nasales.

Autre remarque : ces malades ont tous un catarrhe naso-pharygien, l'un d'eux a de la punaisie. Ce sont là de petits inconvénients.

Maintenant, que deviennent la prononciation et l'articulation des mots? Cela est très-variable. M. Trélat croit à l'efficacité de l'éducation, mais il y a toujours des lettres qui manquent. Les consonnes T et K sont imparfaitement articulées. L'I est faussé; l'M et l'N ont une prononciation identique semblable à GN; ainsi les opérés disent *maman* et *nanan* comme *gnagnan*.

Quoi qu'il en soit, on constate une amélioration réelle quand on compare l'état de la parole avant et après l'opération. Enfin la déglutition est notablement plus satisfaisants chez les opérés.

En résumé, l'ourano-staphylorrhaphie, chez les adultes, modifie heureusement l'aspect du visage, la déglutition, la phonation qui dispose alors d'un organe plus parfait, mais dont il faut apprendre à se servir, le sens du goût, enfin, qui est rendu plus impressionnable.

M. Trélat ayant pratiqué toutes ses opérations d'ourano-staphylorrhaphie chez des adultes, ne saurait se prononcer avec connaissance de cause en ce qui concerne l'opportunité de l'opération chez les enfants. Toutefois il déclare qu'il ne voudrait pas opérer avant l'âge de 2 ans, car, dans le premier âge, il y a une mortalité qui peut aller jusqu'à 50 p. 100. Il y a pourtant cet avantage à opérer chez un enfant, que l'opération est moins difficile, que les adhé-

rences sont moins solides, qu'enfin ces petits êtres apprennent à parler avec un organe médiocre mais restauré.

M. Tillaux déclare avoir obtenu des résultats très-remarquables de l'ouranoplastie pratiquée chez des adultes pour des pertes de substance de la voûte palatine. Quant à l'utilité de la restauration de la division congénitale de cette même voûte et du voile du palais chez des adultes de 18 à 20 ans, il croit que la question est encore indécise. Il a vu un individu opéré, mécontent du résultat obtenu, se faire désunir le voile du palais pour le remplacer par un obturateur.

Quant au procédé opératoire, M. Tillaux pense qu'il est d'une extrême utilité de conserver dans le lambeau l'artère palatine postérieure, tant pour prévenir les hémorrhagies graves que pour empêcher la mortification des lambeaux. Pour cela, il faut faire l'incision libératrice tout à fait excentriquement, le plus près possible du rebord de l'arcade alvéolaire. Cette conduite convient dans tous les cas, quels qu'ils soient, de perforation de la voûte palatine.

M. Trélat répond qu'au point de vue du choix à faire entre l'opération et l'application d'un obturateur, il faut tenir compte de la position sociale des sujets, qui n'ont pas toujours le moyen de s'acheter un appareil prothétique. Quant à la gangrène des lambeaux, M. Trélat déclare qu'elle ne tient pas à la section de l'artère palatine, comme les faits le démontrent : cet accident ne se produit que sur les lambeaux mal taillés, mal détachés, trop minces; les lambeaux épais et larges ne se mortifient pas. M. Tillaux, dans l'importance qu'il attribue à la conservation de l'artère palatine postérieure, semble se préoccuper beaucoup plus des données anatomiques que des nécessités opératoires. Sans doute, dans la restauration des fistules de la voûte palatine, le précepte de M. Tillaux est excellent; il n'en est pas de même dans les divisions congénitales, parce qu'alors, l'étoffe manquant, il est absolument nécessaire de prolonger les incisions libératrices sur le voile du palais.

M. Tillaux maintient de nouveau la nécessité des incisions excentriques, dans le but de conserver l'artère palatine dans le lambeau, quelles que soient les perforations de la voûte palatine.

Dr A. Tartivel,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1877. — Présidence de M. Mercier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. de Ranse, à l'occasion du procès-verbal, dit qu'il est d'accord avec M. Gillebert Dhercourt au point de vue de l'action physique du calorique, mais il faut faire une distinction entre l'action physique de la chaleur et l'action physiologique : l'action physique du calorique est aujourd'hui bien connue, mais il n'en est pas de même de l'action physiologique.

—

M. Richelot, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que les expériences de Scoutetten ont été faites au Mont-Dore. Quelques-unes de ces expériences, les moins importantes, ont démontré qu'il y avait une certaine action électrique, mais l'expérience principale, celle qui devait trancher la question, a échoué complétement, parce que, a dit M. Scoutetten, l'appareil destiné à démontrer la présence de l'électricité s'était dérangé.

Le rapport qui eut lieu à cette occasion fut rédigé par M. Brochin, et confirme la réalité de ce que je viens d'annoncer.

La correspondance comprend plusieurs journaux et écrits périodiques.

Une brochure *sur les applications de l'acide salicylique,* par M. Schlamberger, chimiste à Bruxelles.

Un ouvrage intitulé : *Notions familières sur l'hygiène de la première enfance,* par M. Bedoin.

Une brochure ayant pour titre : *Traitement des inflammations et d'autres maladies chroniques des organes génito-urinaires,* par M. Mercier.

M. de Ranse offre le troisième fascicule de sa *Clinique thermo-minérale de Néris.*

—

M. Dieulafoy communique une observation de *kyste hydatique du foie guéri par la ponction capillaire.*

Il rapporte l'histoire d'un malade âgé de 31 ans, et atteint d'une tumeur abdominale volumineuse située dans l'hypochondre droit. Le malade rapporte qu'il a eu une *urticaire* il y a trois ans, puis une douleur dans l'épaule droite et une pleurésie à droite; il y a deux ans,

l'abdomen a commencé à se développer. Actuellement, ce malade a la respiration fort difficile ; il est sans appétit, ses forces diminuent rapidement.

M. Dieulafoy pratiqua la ponction capillaire avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur, assisté par M. le docteur L. Monod, qui l'avait appelé auprès du malade. La ponction permit de retirer 2,200 grammes de liquide qui, examiné au microscope, présenta les crochets caractéristiques. Peu d'instants après, il survint une éruption d'urticaire généralisée qui disparut assez rapidement. Le malade a parfaitement guéri.

M. Blondeau demande si les fèces contenaient des matières grasses.

M. Dieulafoy dit qu'il n'a pas recherché ce fait.

M. Gillette fait remarquer que l'urticaire n'est pas très-rare à propos des ponctions pratiquées pour les kystes du foie. Dans une thèse publiée récemment, sous les auspices de M. Verneuil, des faits nombreux de cette affection ont été relatés. Il a observé lui-même, dans le service de ce professeur, une femme atteinte de kyste hydatique chez laquelle on a pratiqué le drainage de la poche, et qui fut prise, dix minutes ou un quart d'heure après l'opération, d'une urticaire généralisée, accompagnée de phénomènes généraux assez marqués. Au bout d'une heure, tout phénomène morbide avait disparu.

M. Blondeau : Quand cet accident se présente, on observe souvent en même temps des symptômes pulmonaires.

M. Dieulafoy : J'ai constaté ces symptômes dans un cas.

M. Charrier fait observer que le dégoût des aliments gras a été indiqué dans un assez grand nombre de maladies du foie.

M. Dieulafoy : Je ne me souviens pas si cela a été signalé.

M. de Ranse : Dans l'ictère, c'est plutôt le dégoût de la viande que l'on constate, que des aliments gras.

M. Charrier : Il me semble que l'urticaire est un symptôme que l'on observe dans un certain nombre d'affections générales, parmi lesquelles je citerai le rhumatisme, par exemple.

M. Dieulafoy : Les kystes hydatiques situés dans d'autres régions du corps ne produiraient-ils pas l'urticaire? C'est là une question qui demande à être étudiée. Dans la cirrhose hypertrophique, on a fait des ponctions exploratrices, et l'on n'a jamais vu l'urticaire en être la conséquence; de sorte que ce serait à l'hydatide qu'il faudrait rapporter la production de l'ictère.

M. Blondeau : Ce qui doit faire supposer que l'urticaire est le fait de l'hydatide, c'est que l'éruption s'est produite dans le cas de rupture du kyste dans le péritoine.

M. Camuset : Ne pourrait-on pas expliquer, dans le cas de M. Dieulafoy, la production de l'urticaire par l'épanchement d'une goutte du liquide kystique dans le péritoine?

M. Dieulafoy : Je ne crois pas que cet épanchement se produise à la suite de la ponction capillaire.

M. Mercier : M. Dieulafoy a-t-il observé l'urticaire à la suite de la rétention d'urine prolongée? J'en ai vu des exemples.

M. Dieulafoy répond négativement.

M. de Ranse : J'ai vu l'urticaire se produire chez un malade qui avait avalé une guêpe et qui, ayant été piqué à la gorge, avait éprouvé une frayeur très-vive. L'éruption a débuté au niveau de l'endroit piqué, cinq à six minutes après l'accident. Faut-il attribuer alors l'éruption au venin de la guêpe, au traumatisme, ou à la frayeur?

—

M. Gillette présente les pièces (kyste multiloculaire de l'ovaire droit avec papillome) qu'il a extraites de l'abdomen d'une malade chez laquelle il a pratiqué l'ovariotomie il y a deux jours.

—

La proposition suivante est ensuite déposée sur le bureau de la Société :

« Les soussignés demandent que des démarches soient faites très-activement auprès du ministre compétent, pour obtenir que la Société soit reconnue d'utilité publique.

« Ont signé : MM. Dubrisay, Duroziez, Auguste Voisin. »

M. Voisin insiste pour que la demande soit faite le plus tôt possible.

La Société adopte cette proposition à l'unanimité des membres présents.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr A. Le Blond.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juin 1877. — Présidence de M. Mercier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Plusieurs journaux et écrits périodiques.

Une analyse manuscrite de la brochure de M. Polli, sur l'acide basique et le borax comme antiseptiques, par M. le docteur Bedoin.

Trois brochures de M. Bedoin, intitulées : 1° *Trocart aspirateur à deux voies;* — 2° *Conseils à suivre en temps d'épidémie de petite vérole;* — 3° *Contribution à l'étude de la médication antiseptique.*

M. Mercier annonce que l'Académie de médecine a accordé à M. le docteur Marcet une médaille d'argent pour son travail sur « la barégine ou matière organique des eaux sulfureuses », dont le docteur Marcet avait donné la substance dans une communication faite à la Société.

COMMUNICATION

M. Duroziez lit un travail sur l'insuffisance mitrale.

M. Gillette complète la communication faite par lui dans la dernière séance sur la malade qu'il a opérée d'ovariotomie le 24 mai dernier, et qu'on peut considérer aujourd'hui comme guérie.

M. Marcet demande à M. Gillette pourquoi il attribue l'écoulement qu'il vient de mentionner à un épanchement de liquide dans le petit bassin plutôt qu'au sphacèle de la plaie. A cause de la position de la malade sur le dos, il lui semble que le liquide ainsi épanché n'a que peu de tendance à se répandre à l'extérieur, à cause de la situation élevée de l'ouverture abdominale.

M. Gillette : L'écoulement provient évidemment du petit bassin; aujourd'hui, il n'y a plus de sphacèle, et, si l'on presse sur la paroi abdominale, on fait sourdre le liquide en abondance. On peut introduire sans difficulté une sonde molle dans l'intérieur du petit bassin. Au moment de l'opération, qui a été, vous vous le rappelez, assez laborieuse, à cause des adhérences qui existaient, il est resté du sang dans le petit bassin, lequel ne s'est pas résorbé. Au moment où j'ai enlevé les sutures, il s'est écoulé un flot de liquide putride venant de la profondeur.

M. Reliquet : Dans les conditions qui ont été indiquées par M. Gillette, il est évident qu'il existe une cavité dans laquelle le pus séjourne. Dans ce cas, il me paraîtrait utile d'employer le siphon muni d'une poire de caoutchouc que M. Kœberlé a l'habitude d'employer, car les pressions sur l'abdomen me paraissent insuffisantes pour expulser le liquide au dehors.

M. Forget : Toutes les observations d'ovariotomie se ressemblent au point de vue du manuel opératoire, mais il n'en est pas de même au point de vue des accidents. Ce qui me frappe dans l'observation de M. Gillette, c'est la gangrène abdominale qui s'est produite. Ce fait est rare. Je me demande si tous les tissus sphacélés sont actuellement éliminés, et s'il ne reste pas dans le fond de la plaie quelques débris réfractaires à l'élimination.

Et ce qui me porte à faire cette supposition, c'est l'existence des gaz qui sont le résultat presque exclusif de la gangrène; s'il n'y avait qu'un foyer sanguin suppuré, cette production de gaz n'aurait pas eu lieu.

M. Gillette a dit que sa malade était sous le coup d'un empoisonnement septicémique; mais il est permis d'en douter, puisqu'elle n'a pas présenté de frissons.

M. Le Blond : J'ai assisté M. Gillette dans son opération, et nous avons été conjointement d'avis qu'en raison des adhérences nombreuses du kyste avec les parois du petit bassin, il serait peut-être utile de pratiquer le drainage du cul-de-sac rétro-utérin. C'est une pratique qui a été conseillée et employée plusieurs fois avec succès par MM. Schrœder et Spencer Wells. Le drainage du cul-de-sac rétro-utérin, situé, comme l'on sait, à la partie la plus déclive du plancher périnéal, évite l'accumulation de la sérosité et du sang dans le petit bassin.

M. Gillette : Le siphon est certes un excellent moyen, mais comme le pus sort très-faci-

lement sous l'influence de la pression, je ne vois pas la nécessité d'y recourir. Du reste, je ne sais pas trop où je le ferais pénétrer; j'agirais à l'aveugle, j'aime mieux m'abstenir.

Je dirai à M. Forget qu'il n'existe aucun élément putride dans la plaie; le pus qui sort est de bonne nature; la plaie est rosée, et il n'existe pas le moindre lambeau sphacélé.

Quant au drainage du cul-de-sac rétro-utérin, j'avais été sur le point de le pratiquer sur ma malade au moment de l'opération, et je serais tout disposé à le mettre en usage dans un autre cas semblable.

M. Forget dit qu'il serait peut-être bon de placer la malade dans le décubitus latéral droit, afin de favoriser l'issue du liquide purulent.

PRÉSENTATION

M. de Beauvais : J'ai l'honneur de montrer à la Société un atlas appartenant à M. le docteur Martin Saint-Ange, et ayant pour titre : *Iconographie obstétricale*. Cet atlas, très-remarquable au point de vue des planches qu'il renferme, est dessiné tout entier de la main de notre distingué confrère.

M. Martin Saint-Ange s'est livré, depuis un grand nombre d'années, à l'études des œufs abortifs. Les conclusions des nombreuses observations de M. Martin Saint-Ange — plus de 300 observations — viennent à l'appui d'une opinion qui a été soutenue devant vous par M. Le Blond, à savoir, que l'avortement spontané des premiers mois de la grossesse se fait habituellement en bloc. Cette question, très-intéressante au point de vue médico-légal et qui a vivement passionné dernièrement la Société de médecine légale, mérite au plus haut point de fixer l'attention de nos collègues.

M. Forget fait remarquer que les observations de M. Martin Saint-Ange ont été recueillies à un tout autre point de vue que celles de M. Le Blond. Ce dernier avait étudié l'avortement au point de vue criminel; tandis que M. le docteur Martin Saint-Ange l'a étudié principalement au point de vue des altérations qui se rencontrent du côté des membranes ovulaires.

M. Delasiauve : M. Le Blond a soutenu, je crois, que lorsqu'il y avait avortement criminel, il existait une lésion de l'œuf en rapport avec la cause de l'avortement, et que quand l'avortement était spontané, il n'y avait pas d'altération des membranes.

M. Le Blond : Les faits que M. le docteur Martin Saint-Ange a colligés dans un but tout à fait différent du nôtre, viennent absolument confirmer l'opinion que nous avons émise précédemment. A ce point de vue donc, ils ont pour nous une grande importance.

Je demanderai à M. de Beauvais s'il pourrait obtenir que M. Martin Saint-Ange voulût bien nous communiquer le relevé du nombre des avortements qu'il a eu l'occasion d'observer.

Dans la discussion qui a eu lieu devant la Société et au sein de la Société de médecine légale, j'ai soutenu que les avortements se faisaient ordinairement en bloc lorsqu'ils étaient spontanés, c'est-à-dire sans rupture préalable des membranes, et j'ai conclu que lorsqu'il y avait rupture, mais que les membranes étaient saines, c'est qu'il y avait eu très-probablement une cause traumatique qui avait déterminé l'expulsion du produit. J'ai également soutenu que lorsque les membranes étaient altérées, la rupture pouvait se produire, mais alors la lésion que l'on constatait venait éloigner l'idée de traumatisme.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire annuel, A. Le Blond.

ENSEIGNEMENT

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE; — ENSEIGNEMENT MÉDICAL.

Nous empruntons les lignes suivantes à la *Gazette hebdomadaire* du 3 août 1877 :

« Dans l'un de nos derniers numéros nous avons fait connaître le programme officiel des questions médicales soumises à l'appréciation du Conseil supérieur de l'instruction publique et renvoyées à l'examen d'une commission dont nous avons indiqué les membres. Depuis le 20 juillet cette commission s'est complétée par la nomination de MM. Mercier, premier président, et de Raynal, procureur général de la Cour de cassation. Elle se trouve donc composée aujourd'hui de MM. Dumas, président; le cardinal archevêque de Paris, vice-président; l'évêque d'Angers, Martel, Wurtz, Jourdain, Bersot, Nisard, Barth, Buisson, Chevreul, Faye, Mercier et de Raynal. Cette commission a étudié, et le Conseil supérieur a adopté divers projets de règlement relatif aux études et aux examens de médecine et de pharmacie.

Bien que nous ayons déjà fait connaître quelques-unes des modifications apportées aux règle-

ments actuellement en vigueur par le décret proposé à la signature du ministre de l'instruction publique, nous croyons devoir en reproduire ici les articles principaux.

Les aspirants au doctorat en médecine ne pourront être désormais dispensés de fournir, au moment de prendre leur première inscription, la preuve qu'ils ont été reçus bacheliers ès lettres et bachelier ès sciences restreints.

Les aspirants au titre d'officier de santé ne devront, au contraire, présenter que le diplôme de bachelier ès sciences restreint ou bien le diplôme d'études d'enseignement secondaire spécial.

Les examens de fin d'année seront supprimés.

Les examens probatoires pour le doctorat en médecine seront subis de la manière suivante:

Le premier examen (physique, chimie et histoire naturelle) à la fin de la première année, c'est-à-dire après quatre inscriptions.

Le deuxième examen sera divisé en deux épreuves distinctes : la première épreuve (anatomie et histologie) sera subie à l'expiration du trimestre correspondant à la dixième inscription; la deuxième épreuve (physiologie) après la douzième inscription.

Le troisième examen sera subi à l'expiration du trimestre correspondant à la seizième inscription. Il sera divisé en deux épreuves : 1° pathologie externe, accouchements, opérations; 2° pathologie interne et pathologie générale.

Le quatrième examen comprendra l'hygiène, la médecine légale, la thérapeutique et la matière médicale.

Le cinquième examen sera divisé en deux épreuves : 1° clinique externe et clinique obstétricale; 2° clinique interne et épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Viendra enfin la thèse.

On remarquera, dans ce nouveau règlement, la division des deuxième, troisième et cinquième examens en deux épreuves, et l'obligation imposée aux candidats de satisfaire à des épreuves pratiques d'histologie, de médecine opératoire et d'anatomie pathologique. On ne saurait trop approuver ces innovations. Mais nous ne saurions, sans faire quelques réserves, signaler les modifications suivantes apportées aux règlements en vigueur jusqu'à ce jour.

Les Écoles de plein exercice pourront désormais conférer les certificats d'aptitude aux premier et deuxième examens de doctorat, à la condition que ces examens soient subi devant un jury, réuni au siége même de l'École, mais présidé par un professeur d'une Faculté de médecine. Il est vrai d'ajouter que le projet de décret ne signale cette innovation qu'à titre exceptionnel et dans le cas seulement où les besoins du service ne permettraient pas de constituer un jury tiré exclusivement d'une Faculté de médecine et composé de deux professeurs et d'un agrégé. Mais il semblera évident à tous ceux qui connaissent l'organisation de nos Facultés que cette exception sera désormais la règle. Reconnaissons d'ailleurs qu'il était équitable, dès l'instant que l'on avait admis l'existence d'Écoles de plein exercice, de conférer à ces Écoles l'autorisation dont il est ici question. Il appartiendra aux professeurs des Facultés de maintenir le niveau des études et l'autorité du diplôme de docteur, en exerçant avec une juste sévérité le contrôle que leur maintient leur rôle de juge exclusif pour les trois derniers examens probatoires.

Les officiers de santé sont d'ailleurs mieux partagés encore que les aspirants au doctorat en médecine. On leur impose, il est vrai, des conditions de capacité un peu plus vigoureuses. Ils seront astreints à subir :

1° Après quatre inscriptions : un examen portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales;

2° Après huit inscriptions : un examen sur l'anatomie et la physiologie;

3° Après douze inscriptions : un examen sur la pathologie interne, sur la pathologie externe et sur les accouchements;

4° Après quatorze inscriptions : un examen de clinique divisé en deux épreuves (1° clinique externe et clinique obstétricale; 2° clinique interne, matière médicale, thérapeutique).

Mais, par contre, on les autorise à exercer non plus seulement dans le département où ils auront au préalable élu domicile, mais dans tous les départements compris dans la circonscription de la Faculté ou de l'École qui leur aura conféré leur diplôme.

Nous ne voulons, pour le moment, que signaler, sans y insister davantage, ces modifications apportées aux règlements qui définissent le rôle respectif des médecins et des officiers de santé. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question, qui intéresse à un si juste titre et qui, si nous en croyons les documents que nous avons reçus, inquiète si vivement nos confrères de la province.

Nous indiquerons prochainement les dispositions du projet de règlement relatif aux études et aux examens en pharmacie. Nous n'y relèverons pour le moment qu'une assez importante innovation : la création du grade de licencié en pharmacie, qui sera exigé de tous les candidats aux chaires de pharmacie, de matière médicale et de toxicologie, et de tous les candidats à

l'agrégation. Le diplôme de licencié en pharmacie pourra être obtenu après avoir fait une année complémentaire d'études sur les sciences physiques et naturelles, subi un examen spécial et soutenu une thèse. »

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LA MIGRAINE. — DELIOUX.

On exprime le jus d'un citron dans une tasse de café noir, et on avale en une fois, pour calmer la migraine pendant son cours, ou l'enrayer au début. Peut-être l'acide citrique agit-il, dans ce cas, en dégageant et en salifiant la caféine. — Déjà Réveil avait constaté que 100 gr. de suc de citron, pris en une fois, réussissaient à calmer la migraine. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 7 Aout 1665.

Le Parlement de Paris ordonne que les condamnés aux galères seront, après leur arrêt, visités par les médecins et chirurgiens de la cour, en présence du rapporteur et d'un substitut, pour, en cas d'invalidité, être communiqué le rapport au procureur général, pour être requis, par lui, ce qu'il appartiendra. (Bibl. nat. Manuscr. Harlay, 48, 133.) — A. Ch.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un supplément de huit pages.

Service médical de nuit a Marseille. — Un service médical de nuit, organisé sur les mêmes bases que celui dont la ville de Paris est redevable à l'initiative de M. le docteur Passant, fonctionne à Marseille depuis le 1er août courant.

Congrès scientifique. — Nous lisons dans le *Courrier du Havre* :

L'administration municipale organise, à l'occasion du Congrès scientifique qui aura lieu le 23 de ce mois, une série de fêtes dédiées aux hôtes de distinction qui se réuniront au Havre à cette époque. Cette solennité scientifique sera inaugurée par une grande séance officielle, qui aura lieu au Grand-Théâtre. Le soir du même jour, il y aura réception et punch d'honneur dans les salons de l'Hôtel-de-Ville.

Le Grand-Théâtre et l'Hôtel-de-Ville seront illuminés, ainsi que le Jardin public, où aura lieu un grand concert.

Des fêtes musicales de nuit seront aussi organisées dans les squares de la ville.

Une grande retraite aux flambeaux aura lieu également un des soirs de cette semaine de réjouissances, et on s'occupe de l'organisation d'une grandiose fête vénitienne dans le bassin du Commerce ou sur rade. Un magnifique feu d'artifice doit terminer ces fêtes.

Prisons de Saint-Lazare. — M. le docteur Courot, médecin-adjoint de Saint-Lazare, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. Costilhes, décédé.

M. le docteur Le Blond, médecin adjoint du dépôt de la préfecture, est nommé médecin adjoint de Saint-Lazare, en remplacement de M. Courot.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 10 août 1877.

Ordre du jour : Communication sur le botriocéphale, par M. Laboulbène. — Suite de la discussion sur le traitement du rhumatisme. — Communications diverses.

La Société, après cette séance, entre en vacances. — La rentrée aura lieu le *vendredi 12 octobre*.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants.—Pendant la semaine finissant le 2 août 1877, on a constaté 837 décès, savoir :

Variole, 0 décès ; — rougeole, 15 ; — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 23 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 25 ; — pneumonie, 38 ; — dysenterie, 5 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 24 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 12 ; — croup, 15 ; — affections puerpérales, 5 ; — affections aiguës, 259 ; — affections chroniques, 325 (dont 142 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 60 ; — causes accidentelles, 26.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous n'aurons, aujourd'hui, ni Lambert ni Molière,

aurait pu dire, hier, l'Académie. C'est-à-dire qu'il ne s'agira ni du remède à la mode, le salicylate de soude, ni de la pathogénie si discutée de la fièvre typhoïde. Cependant, nous tâcherons de vous donner un ordre du jour qui ne manquera pas d'un certain intérêt.

Mais le début de la séance n'annonçait pas, il est vrai, un vif intérêt. Il s'agissait, en effet, d'un de ces rapports trimestriels de la commission des remèdes secrets et nouveaux, où tant de panacées viennent périodiquement se faire immoler sur l'autel académique. Néanmoins, dans un des rapports de cette commission, le grand sacrificateur de la présente année, M. Personne, a trouvé le secret de jeter un peu d'animation et même un peu de passion dans le sein de la docte assemblée.

Il s'agissait d'un médicament qui n'est rien moins que nouveau, car les praticiens l'emploient depuis plus de trente ans; qui n'est rien moins que secret, car tous les médecins connaissent la composition du sirop sulfureux de Crosnier.

Or, il faut que nous rappelions, pour l'intelligence de ce qui va suivre, que, d'après l'interprétation de la loi de germinal par la Cour de cassation, tout remède non inscrit au Codex est un remède secret, et peut être saisi et poursuivi comme tel. Le sirop de Crosnier n'est pas inscrit au Codex, il peut donc être l'objet de poursuites.

Mais cette jurisprudence de la Cour de cassation a paru très-sévère, en même temps qu'elle pouvait nuire au progrès de la pharmacologie et de la thérapeutique. Ainsi, sous la crainte d'une condamnation, des médicaments héroïques qui, lors de leur invention, comme le sulfate de quinine, comme le chloroforme et tant d'autres, pouvaient être incriminés, aujourd'hui même l'acide salicylique et les salicylicates tomberaient inévitablement sous l'application de la loi, si quelque parquet malavisé voulait les traduire en justice.

Afin d'éviter ces éventualités fâcheuses, un ministre de l'agriculture et du commerce, un savant illustre, M. Dumas, obtint du chef du gouvernement un décret (décret du 3 mai 1850) en vertu duquel la formule d'un remède nouveau, après approbation de l'Académie de médecine, peut être inscrit dans le *Bulletin* de cette Société savante. Cette inscription équivaut à l'insertion dans le Codex, en attendant une nouvelle édition de cet ouvrage.

C'est là précisément, c'est l'application de ce décret que demandait l'inventeur du sirop sulfureux. Le rapport lui était favorable, M. Devergie avait fait l'éloge du médicament, M. Gubler, le savant professeur de thérapeutique, témoignait en sa faveur, et cependant l'Académie n'a pas cru devoir accepter la conclusion de la commission, et en a adopté une autre qui ne répond ni à la demande du ministre, ni au désir de l'inventeur, qui demandait à l'Académie de le garantir contre les poursuites.

Personne, pas même M. le rapporteur, qui avait cependant de bonnes raisons de s'en souvenir, n'a rappelé ce décret du 3 mai 1850 et l'honneur que M. Dumas a voulu faire à l'Académie de médecine en la constituant, en même temps que gardienne de la dignité et de l'honorabilité pharmaceutique, protectrice du progrès. Personne ne s'est placé sur ce terrain, qui était le véritable, et rien ne serait moins improbable que M. le ministre renvoyât cette affaire à l'Académie.

M. Gubler a terminé la séance publique par la lecture de deux rapports.

Le premier, sur une communication de M. Henri Byasson, concernant le maté, plante dont l'infusion est très en honneur au Paraguay, à la Plata, et dont M. Gubler, sur la foi de l'auteur, a chanté les propriétés et les vertus. Cependant, M. Le Roy de Méricourt, qui a fait une longue station à la Plata, et une fréquente consommation de maté, a singulièrement tempéré les éloges du correspondant et du

rapporteur. De par son expérience personnelle, le maté ne remplacera jamais le café et le thé.

M. Gubler, qui était en passe de payer ses dettes, a continué par un second rapport sur un mémoire de M. le professeur Oré, de Bordeaux, relatif à l'empoisonnement par l'agaric bulbeux. Ce savant et très-intéressant rapport n'a pas trouvé de contradicteur, et n'a suscité que des éloges bien mérités par la distinction de la forme et l'intérêt du fond. A. L.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1877

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juillet 1877,

Par M. Ernest BESNIER.

Messieurs,

Les *conditions atmosphériques* ont été, pendant le deuxième trimestre de l'année 1877, essentiellement variables, ainsi que cela est le propre des mois qui le composent, et qui appartiennent à une période intermédiaire entre l'hiver et l'été. La *température moyenne* des mois d'avril, de mai et de juin réunis n'a pas différé de la température moyenne de la période correspondante d'un grand nombre d'années antérieures; mais les *écarts* entre les maxima et les minima ont été remarquablement élevés.

La *hauteur de pluie* tombée a été notablement supérieure à la moyenne.

Les *vents dominants* ont été les vents W.

TABLEAU indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique pendant les mois d'avril, mai et juin 1877.

MOIS.	TEMPÉRATURE (centigr.)				Barométrie (R. à 0°)	HYGROMÉTRIE		OZONE
	Moy. des minima.	Moy. des maxima	Écart.	Moyenne.	Pression moyenne	Humidité.	Hauteurs de pluie.	Moyenne.
					700 MM. +		MM.	MG.
Avril................	4°,9	15°,3	10°,4	10°,1	48,91	72,7	55,90	0,7
Mai..................	6°,5	16°,4	9°,9	11°,5	52,13	73,5	69,45	0,5
Juin.................	13°,4	26°,1	12°,7	19°,8	56,18	68,0	26,67	0,4
Moyennes du trimestre.	....	....	....	13°,8	52,40	71,4	152,0	0,5
Moy. du trim. corresp.	....	....	....	13°,8 De 1806 à 1870	....	....	145,5 De 1849 à 1872	....

La *mortalité générale*, relevée pendant le deuxième trimestre dans les hôpitaux et hospices civils, s'élève encore un peu au-dessus de la moyenne des années antérieures, mais l'écart est beaucoup moins considérable qu'il ne l'a été dans le trimestre précédent.

DEUXIÈME TRIMESTRE — 1877	Décès par mois			TOTAUX du 2e trim. de 1877	Mortalité moyenne du trim. corresp. des six années précédentes.	ÉCART.
	Avril	Mai	Juin			
Hôpitaux..........	824	992	851	2677	2565	+ 112
Hospices..........	186	189	189	564	478	+ 86
Totaux.......	1010	1181	1040	3241	3043	+ 198

I. — Affections des voies respiratoires.

Bien que les affections des voies respiratoires soient restées fréquentes pendant la première partie du trimestre, elles ont cependant subi, malgré l'irrégularité de la température, l'influence saisonnière favorable, à l'époque régulière, influence traduite essentiellement par l'abaissement de la mortalité.

Le tableau ci-dessous indique le mouvement, les décès, des affections principales des voies respiratoires pendant le deuxième trimestre de l'année 1877, la proportion mortuaire centésimale comparée à la moyenne de la période correspondante du deuxième trimestre de neuf années précédentes :

2e trimestre 1877	Avril		Mai		Juin		Total du mouv. et des décès.				Proportion cent. des décès.	
—							Deuxième trim. 1877		Deuxième trim. de 9 années antérieures.			
Maladies	Mouvem.	Décès.	Mouvem.	Décès.	Mouvem.	Décès.	Mouv	Décès	Mouv.	Décès	Deuxième trimestre 1877	Moyenne du 2e trimestre de 9 années antérieures.
Phthisie pulmonaire.	466	219	559	304	456	225	1481	745	12778	6981	50.30	54.68
Pneumonies.......	207	60	205	65	156	52	568	177	6395	1981	31.16	30.97
Bronchites........	554	68	490	27	498	25	1542	120	12042	496	7.77	4.11
Pleurésies........	114	11	128	15	167	15	409	41	3146	303	10.02	9.63
Totaux...	1341	358	1382	408	1277	317	4000	1083	34361	9761	27.07	28.40

Voici maintenant, extraites des documents parvenus à la Commission, des notes succinctes destinées à caractériser quelques-unes des particularités observées pendant le deuxième trimestre, sur des catégories différentes de sujets :

Hôpital Cochin. — M. Bucquoy : « Pneumonies fréquentes, surtout catarrhales, dans ce sens qu'elles ont été presque toujours accompagnées de bronchites sur lesquelles le plus souvent elle s'est greffée. Quelquefois on constatait un peu de pleurésie sèche ou avec un léger épanchement; mais cette forme pleurétique a été beaucoup moins commune que dans le trimestre précédent où nous l'avions spécialement signalée. Cette fois, la pneumonie s'accompagnait surtout de catarrhe bronchique et même de catarrhe gastro-intestinal. C'était donc, à vrai dire, la fièvre catarrhale dans sa forme sporadique.

La plupart de ces malades étaient des jeunes gens ou des adultes, deux seulement ayant plus de 60 ans; la guérison a été la règle. Deux alcooliques seulement ont succombé : l'un, âgé de 35 ans, avec une pneumonie étendue aux deux lobes inférieurs du poumon droit; l'autre, de 44 ans, entré à l'hôpital avec une hépatisation, déjà au troisième degré, a succombé au bout de quelques heures. La plupart de ces pneumonies ont été observées en avril et au commencement de mai.

Peu de *pleurésies* franches, c'est-à-dire avec un épanchement notable. Je ne citerai qu'un cas très-remarquable par la rapidité de sa terminaison sous l'influence de la thoracentèse.

Je reçois dans mon service un domestique de Sainte-Barbe, malade *depuis trois jours seulement*, et présentant déjà un épanchement assez considérable du côté gauche. Le quatrième jour, la fièvre était vive, la langue très-sale; il n'est pas donné au malade autre chose qu'un vomitif. Le lendemain, c'est-à-dire le cinquième jour, la matité étant très-étendue, tant en avant qu'en arrière et montant jusqu'au sommet, le cœur fortement déplacé, je me décide à le faire ponctionner. Deux litres de liquide très-fibrineux sont retirés de la poitrine. Dès le soir, la fièvre était tombée pour ne plus reparaître; la température ne s'éleva plus au delà de 38°, et, quatre jours après, on alla chercher le malade, qui était descendu au jardin. La guérison ne s'est pas démentie.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Archambault : « Les phlegmasies catarrhales des voies respiratoires ont été assez nombreuses et graves. Je relève dans mes notes 30 observations de bronchite profonde; huit fois la phlegmasie s'étendit jusqu'aux vésicules pulmonaires, et il y eut broncho-pneumonie. Sur ce nombre, nous avons perdu 5 enfants, dont le plus âgé avait 3 ans.

Pendant la même période, nous traitâmes 8 pneumonies franches, qui toutes se terminèrent par la guérison. Il en a été de même des pleurésies, au nombre de 7.

Il est entré dans les salles 14 coqueluches, et 2 se sont développées intérieurement. Sur ce nombre, il y a 9 garçons et 7 filles. Toutes ces coqueluches ont été graves, avec catarrhe bronchique profond et fréquemment des points de broncho-pneumonie, dont quelques-uns ont été très-persistants. Je me suis bien trouvé du traitement suivant : Ipéca à dose vomitive tous les deux ou trois jours; potion avec du bromure de potassium de 0,50 à 2 gram., avec teinture de belladone de 4 à 5 gouttes, suivant l'âge. Comme plusieurs de ces enfants avaient la recrudescence fébrile vespérienne habituelle dans les affections catarrhales aiguës des bronches, j'ai souvent donné le sulfate de quinine de 0,30 à 0,50 pendant la matinée, et toujours ce médicament a diminué ou arrêté la recrudescence fébrile du soir; 4 enfants ont succombé à la bronchite capillaire et à la broncho-pneumonie.

La rougeole a été assez fréquente, mais surtout grave par les complications pulmonaires, bronchite capillaire et broncho-pneumonie. Nous avons eu 20 cas tant extérieurs qu'intérieurs, et, sur ce nombre, il en est mort 6, exclusivement, parmi les petits enfants; le plus âgé de ceux qui ont succombé avait 5 ans. »

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Beaumetz : « Pleurésies aiguës accompagnées d'un épanchement assez considérable pour nécessiter une ponction aspiratrice. *L'emploi des vésicatoires et du nitrate de pilocarpine en injections sous-cutanées, à la dose de* 2 *centigrammes, a empêché le retour des épanchements.* »

HÔPITAL DES ENFANTS. — M. Jules Simon : « Depuis la fin de mai, la coqueluche prend le caractère véritablement épidémique. »

II. — RHUMATISME ARTICULAIRE.

Il ne sera peut-être pas inutile de faire remarquer que, pendant la période actuelle, le rhumatisme articulaire se présente communément avec des caractères particuliers de bénignité, très-remarquables en ce qui concerne les arthropathies. Cette bénignité n'est pas propre à notre ville, et elle est constatée en maints endroits : à Toulouse, notamment, où, unie à la bénignité générale de la constitution, elle inspire à notre savant collègue, M. Bonnemaison, cette boutade profondément médicale : « *Heureux trimestre*, *maladies bénignes*, *et beau temps pour le succès des remèdes*, *anciens et nouveaux!* »

A l'hôpital des Enfants-Malades, M. Archambault indique le peu d'intensité des arthropathies rhumatismales, ce qui n'empêche pas, chez les jeunes sujets, les arthropathies de se développer fréquemment.

Au Val-de-Grâce, M. Lereboullet constate que les *rhumatismes articulaires aigus* sont relativement fréquents, mais généralement bénins, plutôt subaigus, tandis qu'il rencontre, assez fréquentes et assez *précoces*, les complications du côté du péricarde; mais les bruits de frottement disparaissaient très-rapidement sous l'influence des vésicatoires, et aucun de ses malades n'a été sérieusement atteint.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Beaumetz déclare que les rhumatismes articulaires qu'il a eu à traiter ont été très-rapidement améliorés par l'emploi de l'acide salicylique à la dose de 4 à 8 grammes dans les vingt-quatre heures, donné par doses fractionnées de 50 centigrammes. Cette médication a toujours amené la cessation des douleurs et une diminution très-rapide dans les fluxions articulaires; mais, pour maintenir les bons résultats obtenus, nous avons dû toujours prolonger la médication pendant deux à trois semaines. Un rhumatisme blennorrhagique a été aussi heureusement modifié par la médication salicylée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE

LES BAINS FROIDS ET L'HYPERTHERMIE;

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 9, 23 mars et 13 avril 1877,

Par le docteur FERRAND, médecin de l'asile des Incurables.

La Société médicale des hôpitaux se trouve aujourd'hui en présence d'une de ces graves questions, dans lesquelles sont impliquées tout à la fois les études scientifiques les plus ardues et les applications pratiques les plus délicates. C'est pourquoi chacun

de nous se voit dans l'obligation d'apporter à la solution du problème, le contingent qu'il peut fournir d'observations de faits et d'appréciations critiques.

Je n'ai, pour ma part, Messieurs, aucun fait nouveau à produire devant vous, du moins en ce qui touche positivement à la médication de la fièvre typhoïde par les bains froids. Mais les faits connexes dont j'ai déjà eu l'honneur de vous entretenir (séance du 13 nov. 1874) ou que j'ai publiés ailleurs (*Bull. de thérap.*, 1872), la comparaison des résultats obtenus par les divers modes de traitement, l'analyse minutieuse des indications qui les réclament, l'étude toute spéciale, à laquelle je me suis livré, des indications thérapeutiques en général, voici les motifs qui m'ont porté à prendre à mon tour la parole.

Après avoir apprécié les chiffres statistiques, j'étudie l'hyperthermie en elle-même, puis sa valeur comme indication; analysant ensuite les effets complexes du bain froid, je conclus à l'adoption des *meilleurs moyens antithermiques*.

I. Les chiffres

Avant tout, nous sommes ici en présence d'une question de fait et de chiffres statistiques, dont il nous faut soigneusement apprécier la valeur, pour en tirer quelque conclusion. A elle seule, une statistique mortuaire n'a jamais pu et ne pourra jamais juger une question de thérapeutique. Nul doute que les chiffres ne puissent nous renseigner utilement sur la part qui doit revenir à tel ou tel mode d'intervention thérapeutique, dans la production d'un accident morbide spécial et déterminé; mais, quand il s'agit de juger en bloc, et par les chiffres de mortalité, l'influence de tout un traitement, ce problème se complique à tel point qu'une solution n'en peut être tirée sans la plus grande réserve.

Dans l'espèce, si les chiffres de mortalité ont paru souvent donner raison à la méthode de Brand, il semble, au contraire, que la statistique des accidents hémorrhagiques, congestifs et inflammatoires lui serait beaucoup moins favorable.

On comprend d'ailleurs la raison de ces réserves, si l'on songe à la variabilité des cas qu'il faudrait comparer, et qui sont plus ou moins éloignés de se ressembler. Ces différences tiennent aux malades, à leur âge, à leur état social, aux conditions morales et aux imminences morbides dans lesquels la maladie les surprend; ces différences sont aussi relatives à la maladie, à ses degrés, depuis les variétés dites abortives, jusqu'à celles qui sont le plus achevées, à ses formes physiologiques, nerveuses, congestives, sécrétoires, etc., aux variations de localisation qu'elles présentent; enfin, aux séries épidémiques qui se suivent et sont loin de se ressembler.

C'est ainsi que j'ai pu citer devant la Société des chiffres recueillis par moi, dans des conditions en apparence identiques, pendant quatre années, et dont il résulte que la mortalité des fièvres continues, qui a été dans l'une de ces années de 4 à 5 pour 100, s'est élevée dans une autre jusqu'au chiffre de 13 p. 100 (1).

Ainsi donc, pas n'est besoin de suspecter de mauvaise foi scientifique, d'omissions volontaires ou d'erreurs de diagnostic, les résultats singuliers qui ont été produits en fait de chiffres; toutes les différences peuvent s'observer quand il s'agit de juger une question aussi complexe.

Je pourrais invoquer à l'appui de cette opinion les résultats que la statistique a donnés, à propos du traitement de la pneumonie; après avoir justifié le système des émissions sanguines pratiquées coup sur coup, n'a-t-elle pas fourni à Louis les chiffres les plus favorables au système des antimoniaux; et, plus récemment encore, n'a-t-elle pas apporté sa sanction au traitement par les alcools? De sorte qu'après avoir servi à justifier successivement tous ces divers systèmes, elle a pu encore être

(1) J'ai pu faire le relevé de 42 malades atteints de fièvre typhoïde, qui sont entrés à Beaujon l'an passé, dans le service que je dirigeais alors, du mois de mai au mois de novembre, c'est-à-dire au moment où la mortalité typhoïde atteignait ses plus hauts chiffres. Celle de mon service atteignit le chiffre de 15 à 16 p. 100, en y comprenant les accidents et complications, entre autres une péritonite par perforation imminente.

avantageusement exploitée par ceux qui, les condamnant tous, se résignaient, en fin de compte, à une pure expectation.

Libre aux sceptiques d'en rire et d'en tirer argument en faveur de leurs négatives conclusions; ceux qui ne s'enferment pas dans les limites d'un étroit système, mais qui adoptent selon le cas les pratiques les mieux appropriées, admettent dans leur arsenal tous les moyens que Laennec préconisait déjà sous le nom de méthode mixte, laquelle n'est autre que la méthode des indications thérapeutiques.

Il en a été de même pour la fièvre typhoïde. La méthode dite des évacuants a donné à Delarroque une mortalité de un dizième, un peu moins à Louis, un septième à Piedagnel, un sixième à Andral. La réfrigération employée déjà par Leroy (de Béthune) lui avait donné une mortalité de 4 à 5 p. 100; elle avait paru beaucoup moins heureuse à Valleix.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler les chiffres que M. Libermann a déjà produits devant vous, ceux que M. Dujardin-Beaumetz vous apportait tout récemment, ceux que je vous ai apportés moi-même. Il résulte évidemment de ces statistiques que les résultats de la méthode mixte des indications thérapeutiques, appliquée à la fièvre typhoïde, ne sont pas moins favorables que ceux que l'on retire aujourd'hui de la médication réfrigérante par les procédés de Brand.

Il y a plus; il semble qu'à mesure qu'on s'éloigne des débuts de cette prétendue méthode de Brand, les résultats qu'elle donne sont de moins en moins remarquables, peut-être parce que les séries sont moins heureuses, que les cas sont plus scrupuleusement choisis. Je crains même que bientôt, en face des déconvenues qu'elle pourrait bien réserver à l'avenir, on ne puisse dire d'elle comme on l'a fait de tant d'autres systèmes : Il fallait en user pendant qu'il guérissait; aujourd'hui il est trop tard.

Laissons donc de côté tous ces systèmes qui voudraient vainement usurper le nom de méthode, y compris celui de Brand, dont la pratique est systématique au premier chef, et voyons ce qu'est l'hyperthermie envisagée comme indication thérapeutique; ayant apprécié ses conditions pathogénétiques et ses caractères propres, nous serons en mesure de choisir les meilleurs moyens de la combattre, dans la mesure d'ailleurs où elle veut être combattue, et de juger quelle valeur les bains froids peuvent avoir à cet effet.

La question vient d'être portée devant vous sur un terrain vraiment fécond, c'est celui de la thérapeutique générale. Mon maître et ami Peter, en l'élevant à cette hauteur, a pu vous montrer plus clairement les rapports qui unissent cette question de l'hyperthermie aux autres questions de la pathologie des pyrexies. Je me propose, tout en le suivant dans cette voie, de m'appliquer à l'analyse physique rigoureuse des faits qui sont le sujet en question. Je crois sans doute, avec lui, qu'il ne faut pas abuser des indications par trop élémentaires, de celles que l'analyse physique isole et fait miroiter à nos yeux, avec d'autant plus de force qu'elles sont en apparence plus simples et plus faciles à remplir. Je crois cependant aussi que les indications concrètes, les seules que connaissait l'ancienne médecine, doivent être accordées avec les plus simples, à mesure que celles-ci sont mieux connues, non-seulement en elles-mêmes, mais aussi dans les relations qui les unissent entre elles.

II. Qu'est-ce que l'hyperthermie ?

L'hyperthermie est une de ces indications élémentaires. Nul sans doute, parmi nous, ne pense que, dans la fièvre typhoïde, la fièvre soit toute la maladie, et que, dans le syndrome des phénomènes qui constituent la fièvre, l'élévation de chaleur constitue à elle seule l'état pyrétique. Et cependant cette conclusion, que tous rejettent en principe, elle reste comme l'inspiratrice exclusive ou tout ou moins comme la dominante du système thérapeutique qui s'est dit, pour cela, antithermique. Et beaucoup, qui commencent par formuler leurs réserves sur ce point, finissent, comme le savant auteur d'un récent article, par affirmer que l'élévation de chaleur est le *principe* de la fièvre. Mais ne faisons pas de procès de tendances et cherchons si, dans les conditions mêmes de l'hyperthermie telles que nous les connaissons

aujourd'hui, il n'y a pas certaines lacunes qu'il faudrait combler, ou tout au moins dont il faut se rendre compte, si l'on veut apprécier sainement et la valeur de l'indication qui y ressortit et les moyens que nous devons employer pour y satisfaire.

L'hyperthermie, c'est l'élévation du degré de chaleur sensible que nous savons exister dans l'état normal. Dans l'appréciation des origines de la chaleur sensible, on tient surtout compte des phénomènes d'oxydation qui se passent à l'intérieur de l'économie vivante, lesquels doivent aboutir, selon les résultats de l'expérience, à la production de 2,480 calories par ving-quatre heures environ.

Or, outre les oxydations ou combustions de tissu, il y a d'autres mutations matérielles qui se passent dans nos tissus et qui sont capables d'ajouter ou de soustraire un chiffre considérable de calories à notre organisme. Sans compter les actions électriques dont le sens nous échappe encore à cet égard, et les frottements mécaniques dont l'importance est moindre et peut d'ailleurs se résoudre en équations chimiques au besoin, il y a l'*imbibition*, au sujet de laquelle Pouillet a établi que l'imbibition des substances organiques par l'eau dégage de la chaleur. Il indique même le chiffre de 10° pour les membranes desséchées que l'on vient à humecter. Il y a une source de chaleur bien plus puissante encore dans l'hydratation; l'hydratation des graisses en particulier, laquelle est un phénomène qui se produit facilement au dedans de nous, doit tenir ici une place importante. Mais ceci n'est rien auprès des modifications isomériques que les albuminoïdes et les hydrocarbonés subissent dans l'élaboration nutritive; le dédoublement et la recomposition de ces substances, si fréquents dans ce même travail, ne se font pas sans entraîner une production de chaleur considérable, ainsi que l'ont démontré très-nettement Regnault, Gavarret, Fick, et, plus récemment, Berthelot.

Puis viennent, dans l'ordre des desiderata de la question, celui qui est relatif aux chaleurs latentes et aux changements d'état, dont les matériaux organiques sont le siége incessant. Cette source de chaleur n'avait pas échappé à Bichat, lorsqu'il se demandait quelle chaleur pouvait bien produire la solidification des liquides, alors que des éléments solides s'organisent dans leur sein et à leurs dépens. Il faudrait ajouter à cette source de chaleur, celle bien autrement puissante encore, qui peut résulter de la formation des gaz et des vapeurs dans les milieux intérieurs de notre organisme. Sans doute on a objecté à Bichat que, si la nutrition produisait des solidifications capables de rendre sensible de la chaleur latente, la dénutrition venait à son tour établir une compensation en rendant à l'état liquide, pour les éliminer, les matériaux qui ont vécu sous forme solide. Mais, en admettant que cette compensation soit à peu près exacte, dans l'équilibre de la santé normale, nul doute qu'elle ne puisse être troublée dans l'état de maladie, et contribuer pour sa part à l'hyperthermie fébrile. Et d'ailleurs, toutes les éliminations ne se font pas sous la forme solide, il en est de liquides et il en est de gazeuses, qui proviennent de ce mouvement de dénutrition.

Il nous resterait encore à traiter la question bien autrement complexe de la capacité calorifique et des chaleurs spécifiques appartenant aux divers éléments de nos tissus et de nos humeurs, les variations que cette chaleur spécifique peut offrir aux différentes températures auxquelles on la recherche, ainsi que la conductibilité de ces mêmes éléments, leurs pouvoirs d'émission et d'absorption calorique, pour savoir ce qu'ils comportent en fait de chaleur, au point de vue de sa production, de sa rétention, de sa transmission et de sa dépense.

Ce résumé serait incomplet si nous n'y ajoutions ce qui appartient aux sources organiques de la chaleur à celles qu'on n'a pas pu réduire en actes physico-chimiques; tel est le rôle que joue le travail glandulaire dans l'élévation thermique. Rappelons en deux mots que le sang qui sort des glandes est plus chaud que celui qui y arrive, que le sang le plus chaud de l'économie paraît être celui qui sort du foie, mais que celui qui vient de l'intestin est déjà plus chaud que celui qui y arrive, ainsi que l'a prouvé Cl. Bernard, d'où il faut conclure que l'intestin est le siége d'une production de chaleur considérable, ne fût-ce qu'en raison de son étendue. Pour peu, en effet, que le sang qui en sort soit plus chaud que celui qui y

arrive, comme la quantité de sang qui traverse ainsi son système vasculaire est considérable, on peut juger qu'il y a là une source puissante de chaleur, laquelle doit avoir nécessairement son rôle dans l'hyperthermie des fièvres. C'est là encore un point qu'on a peut-être trop négligé d'approfondir, d'autant plus qu'il est fécond en applications pratiques, ainsi que nous le dirons tout à l'heure.

Ne croyez pas, Messieurs, que je me sois donné le stérile plaisir de multiplier devant vous les inconnues du problème qui nous préoccupe, pour rejeter ensuite toute solution scientifique et pratique de ce problème. Mais, ces inconnues, je ne les invente pas, et il faut bien en tenir compte, si l'on ne veut pas faire fausse route et s'exposer à de graves mécomptes.

(A suivre dans un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport de M. le docteur Mle sur une épidémie de variole observée à Coulommiers (Seine-et-Marne). (Com. des épidémies.)

2° Les rapports des médecins inspecteurs des eaux de Propiac et de Bourdouyre (Drôme) pour l'année 1875. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Anatole Manouvriez (de Valenciennes), qui sollicite le titre de membre correspondant.

2° Un rapport sur les épidémies observées dans l'arrondissement de Soissons depuis le 26 juillet 1875 jusqu'à fin juillet 1877, par M. le docteur Fournier. (Com. des épidémies.)

3° Une note sur les salicylates de potasse, de magnésie, de lithine et d'alumine, etc., par M. le docteur Tamin-Despalles. (Com. M. Germain Sée.)

—

M. Henri Roger présente : 1° au nom de M. le docteur Burguières-Bey, un opuscule intitulé : *Madame de Sévigné à Vichy ;* — 2° au nom de M. le docteur G. Daremberg, chef des travaux chimiques au laboratoire de la Charité, une brochure intitulée : *Les méthodes de la chimie médicale.*

M. Hérard présente, au nom de M. le docteur Pasquet-Labroue, un travail manuscrit intitulé : *Considérations sur l'étiologie, la transmission et le traitement d'une épidémie de fièvre typhoïde.* (Com. des épidémies.)

M. Broca offre en hommage, au nom du bureau de l'Association française pour l'avancement des sciences, un volume contenant les travaux de la session de 1876, tenue à Clermont-Ferrand, sous la présidence de M. Dumas.

M. Broca rappelle que la session de 1877 se tiendra au Havre, *dans le courant de septembre prochain.*

—

M. Chauffard, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication faite par M. Jules Rochard sur le typhus exanthématique observé dans certaines localités du Finistère et du Morbihan, rappelle qu'il avait déjà touché ce sujet dans son travail sur l'étiologie du typhus, communiqué à l'Académie en 1872. A cette époque, et même précédemment, dès la fin de 1870, il avait, le premier, au sein de la Société médicale des hôpitaux, émis des doutes motivés relativement à l'étiologie consacrée et banale du typhus exanthématique. Il essaya de prouver que cette maladie spécifique ne naît pas spontanément de causes communes sur notre sol et dans notre race. Il émit l'idée que le typhus de *Riantec* (et non *Kiantec* comme on l'a imprimé par erreur) dont M. le docteur Gillet donnait, dans sa thèse inaugurale, une excellente description, était probablement un typhus importé. M. Chauffard constate avec satisfaction que M. le docteur Gestin, médecin en chef du port de Brest, apporte à cette opinion l'appui de sa haute autorité. En effet, la succession de ces petits foyers d'épidémie, leur mode d'apparition et d'extension, la bénignité de certaines de ces épidémies, tout dénonce l'importation. Et si l'importation est le fait étiologique essentiel de ces épidémies

successives, il devient infiniment probable qu'elle est aussi le fait étiologique essentiel de l'épidémie primitive dont les autres dérivent. Il est possible et probable même que cette épidémie primitive remonte à une époque déjà éloignée, peut-être à la grande épidémie importée à Brest en 1758, et que M. Rochard a rappelée. Sur ce point, on en est réduit à des conjectures.

Maintenant, comment se fait-il que le typhus exanthématique, importé à plusieurs reprises parmi nous, s'y soit toujours éteint, tandis qu'il semble se propager et s'acclimater, en quelque sorte, sur ces populations de l'extrême Bretagne? Y aurait-il, entre les populations et le sol du littoral breton, des affinités de nature avec les populations d'Irlande et du pays de Galles où règne le typhus endémique? Situation géographique, climat, race, rapprochent l'un de l'autre le littoral de Bretagne et celui de notre grande voisine d'outre-Manche. Il est, en tout cas, bien remarquable de rencontrer ces singulières analogies entre la pathologie de pays qui se ressemblent à tant de titres, quoique appartenant à des nations, ou mieux à des empires différents.

—

M. Personne, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

M. Personne lit ensuite un rapport sur une demande adressée par l'intermédiaire du ministre de l'agriculture et du commerce, à l'effet d'obtenir l'insertion, dans les *Bulletins de l'Académie*, de la formule du sirop de Crosnier, préparation dans laquelle le monosulfure de sodium est associé au goudron.

Ce rapport donne lieu à une conversation vive et animée à laquelle prennent part MM. Depaul, Gueneau de Mussy, Chauffard, Béclard, Poggiale, Devergie, J. Guérin, Gubler, Fauvel, Henri Roger, M. le président et M. le rapporteur, et qui se termine par l'adoption de la conclusion suivante :

La commission propose de répondre à M. le ministre que le remède préparé suivant la formule Crosnier présente l'avantage d'une bonne conservation.

—

M. Gubler, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Lefort et Bergeron, lit un rapport sur un mémoire manuscrit de M. Henri Byasson, intitulé : *Note sur le maté* (thé du Paraguay), *Ilex Paraguayaënsis.*

Le maté est une substance qui possède des propriétés analogues à celles du thé et du café, et qui joue le même rôle que ceux-ci dans l'alimentation des peuples de l'Amérique méridionale.

L'échantillon de maté qui a servi aux recherches de M. Byasson a montré à ce chimiste que ce produit contient, entre autres principes, 1,85 p. 100 de caféine identique à l'alcaloïde du café.

La valeur dynamique du maté serait très-grande si l'on s'en rapportait au récit des voyageurs, et permettrait de le rapprocher du café, du thé et de la coca. Il aurait de plus, sur ces substances, l'avantage du bon marché. Il pourrait, en quelque sorte, remplacer le thé dans la médecine des pauvres.

M. Le Roy de Méricourt, dans le long séjour qu'il a fait dans l'Amérique méridionale, a eu l'occasion d'employer fréquemment le maté. Cette substance aurait, suivant lui, plusieurs inconvénients, entre autres d'être facile à falsifier, difficile à torréfier, d'avoir un goût nauséeux, de produire l'illusion de la satisfaction de la faim plutôt qu'une satisfaction réelle de ce besoin; de déterminer des crampes d'estomac, de la gastralgie, une dyspepsie considérable et tenace; enfin, de déterminer la chute des dents chez les personnes qui en font un usage journalier. Pour toutes ces raisons, dans le pays même dont la plante est originaire, à La Plata, l'usage du maté cède peu à peu le terrain au thé et au café, qui entrent de plus en plus dans la consommation des habitants.

M. Gubler répond qu'il n'a pas, sur les propriétés et l'emploi de cette plante, l'expérience de M. Le Roy de Méricourt; mais il a fait usage du maté, et il ne lui a pas trouvé le mauvais goût et les inconvénients signalés par son savant collègue. Il n'a éprouvé ni gastralgie, ni dyspepsie. Il pense qu'il y aurait avantage à soumettre l'emploi de cette substance à de nouvelles recherches.

—

M. Gubler lit ensuite, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Chatin et Bergeron, un rapport sur un mémoire manuscrit de M. le docteur Oré (de Bordeaux), intitulé : *Recherches expérimentales sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux.*

M. Oré insiste particulièrement sur les désordres nerveux occasionnés par le principe actif de l'*amanite bulbeuse* (*Am. phalloïdes*) et par quelques phénomènes paralytiques tout à fait

passagers; ces désordres consistent essentiellement dans un état spasmodique tel, que la plus légère excitation détermine des secousses musculaires, des convulsions généralisées, en sorte que les animaux seraient en proie à de véritables accès de tétanos, survenant de temps à autre, d'une manière en apparence spontanée. M. Oré a même signalé la *raideur tétanique* au nombre des phénomènes constamment observés après la mort.

M. Oré montre ensuite les lésions déterminées par l'agaric bulbeux sur le tube digestif, lésions inflammatoires pouvant présenter tous les degrés de la phlogose, depuis le simple érythème jusqu'à l'ulcération intéressant toute l'épaisseur de la paroi stomacale.

L'auteur du mémoire s'est assuré que le champignon desséché à l'étuve empoisonne aussi bien que celui qui vient d'être cueilli ou que le suc exprimé de la plante fraîche; en second lieu, que, conformément à l'opinion vulgaire confirmée par les expériences de Girard ayant eu pour témoins divers observateurs, ce même champignon, frais ou sec, après avoir macéré pendant vingt-quatre heures dans de l'eau vinaigrée, a perdu toute propriété vénéneuse.

Pour se rendre compte du mécanisme par lequel le vinaigre dépouille l'amanite bulbeux de ses vertus nocives, M. Oré s'est livré à de longues séries d'expériences qui lui ont donné les résultats suivants :

Le principe actif de l'amanite bulbeuse n'est pas en suspension, mais bien en dissolution dans l'eau vinaigrée; c'est une substance soluble, à la manière des alcaloïdes, et non pas une poussière organisée, détachée des lames proligères du champignon.

Le poison de l'agaric phalloïde est directement absorbable, et ses effets généralisés impliquent sa diffusion dans l'organisme au moyen de la circulation sanguine, bien qu'on ne puisse en démontrer la présence dans le sang des animaux empoisonnés.

M. Oré subordonne tous les phénomènes morbides, y compris les lésions anatomiques des premières voies, à la seule imprégnation toxique des centres nerveux et aux troubles fonctionnels qui en dérivent immédiatement.

M. le rapporteur combat cette manière de voir dans une savante discussion, dans laquelle il ne nous est pas possible de le suivre.

Résumant ensuite son opinion sur la valeur du travail de M. Oré, M. le rapporteur dit en terminant : « Dans cette nouvelle production, le savant professeur de Bordeaux s'est montré observateur consciencieux autant qu'expérimentateur habile; s'il a rencontré quelques résulsultats contestables, ou bien énoncé quelques vues théoriques sujettes à controverse, notre distingué confrère n'en a pas moins le grand mérite d'avoir abordé un sujet à peu près ignoré jusque-là, et d'apporter à la science un tribut de notions positives acquises par les méthodes les plus précises et les plus perfectionnées.

En conséquence, votre commission vous propose d'adopter les conclusions suivantes : 1° remercier M. le professeur Oré de son importante communication; — 2° l'engager à continuer ses recherches sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux (*Agaricus phalloïdes*); — 3° déposer honorablement son mémoire dans les archives. » (Adopté.)

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les titres des candidats à la place de membre correspondant national.

RÉCLAMATION

LES EAUX DE LA BOURBOULE

Clermont-Ferrand, le 5 août.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur en chef,

Vous avez publié, dans votre numéro du 3 juillet dernier, une lettre signée par le directeur de l'établissement Choussy, à la Bourboule, remplie d'inexactitudes; nous n'avons pas cru devoir les relever, parce qu'il ne pouvait convenir à la *Compagnie fermière des eaux minérales de la Bourboule* de suivre une polémique commerciale et personnelle qui manquait de dignité.

Nous ne pouvons garder la même réserve relativement à un passage du feuilleton de l'UNION MÉDICALE du samedi 29 juillet, dans lequel vous ne craignez pas de dire que *« la naïade des « thermes de la Bourboule a disparu, emportant avec elle les sources précieuses et si chères « aux malades. »*

Cette affirmation est absolument contraire à la vérité, et comme elle est de nature à porter le plus grand préjudice à notre Compagnie, nous avons le devoir de vous en demander la

rectification, afin de rassurer ceux de vos nombreux lecteurs qui s'intéressent à notre station thermale.

La naïade de la Bourboule n'a pas disparu ; elle est plus belle et plus puissante que jamais, et elle n'a pas cessé d'alimenter abondamment les deux établissements que nous exploitons.

Je compte que vous voudrez bien insérer cette lettre dans *votre plus prochain numéro*, et je vous prie d'agréer l'assurance de ma considération distinguée.

F. Brocard,
Administrateur délégué de la Compagnie fermière des eaux minérales de la Bourboule.

Il nous convient moins encore qu'à l'auteur de cette lettre d'entrer dans une polémique commerciale, et qui ne nous intéresse à aucun point de vue ; aussi nous bornons-nous à maintenir ce qui a été publié dans notre numéro du 29 juillet, à savoir que, par suite d'un pompage extraordinaire, il a été un moment où la source qui alimente l'établissement où les malades ont bu et se sont baignés jusque-là, ne donnait plus d'eau ou qu'une eau trouble et altérée. Ce qui s'est passé depuis n'infirme pas nos renseignements antérieurs, renseignements publiés d'ailleurs sans malveillance, et qui étaient, au contraire, un conseil indirect pour les propriétaires des sources, quels qu'ils soient, de se mettre en règle avec les lois et ordonnances qui régissent l'exploitation des eaux minérales, seul moyen qu'ils aient, les uns et les autres, de protéger et de conserver des sources précieuses. L'intérêt public est ici pour nous seul en cause. Nous espérons qu'on ne nous forcera pas à aller plus loin dans cette triste affaire des eaux de la Bourboule. A. L.

FORMULAIRE

Huile de cade contre le sycosis. — Bazin.

Lorsque le sycosis est récent, on fait couper les poils aussi près que possible des surfaces malades, et on badigeonne ces dernières avec l'huile de cade. — Si l'affection est ancienne, et que le poil, plus ou moins altéré dans sa texture, soit devenu, pour le bulbe pileux enflammé, une sorte d'épine, une cause permanente d'irritation, le premier soin du médecin doit être d'enlever cette épine, c'est-à-dire de faire pratiquer l'épilation. Ce premier résultat obtenu, on applique des cataplasmes de fécule, et des poudres absorbantes, puis on badigeonne à l'huile de cade. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 9 Aout 1789.

La *Gazette de santé* publie une Notice sur la maladie et la mort de Buffon, qui est mort d'une affection bien commune parmi les gens de lettres : la pierre. A l'autopsie, on trouva 56 calculs, les uns de la grosseur d'un pois, et les autres de celle de petites fèves ; quelques-unes étaient enkystées, mais le plus grand nombre se trouvaient dans l'espèce de dépression ou sinus de la vessie ; réunies ensemble elles pesaient deux onces et demie ; les parois de la vessie, par le progrès lent de l'inflammation, avaient acquis un tel degré de densité, qu'elles avaient près d'un travers de doigt d'épaisseur ; on y a découvert quelques points gangréneux. La vessie n'était pas la seule partie des voies urinaires qui ait été affectée : on a trouvé aussi quelques calculs dans le rein gauche, ainsi que dans l'uretère du même côté. On peut expliquer ce fait par la position du corps que conservait ordinairement Buffon en écrivant ; car il restait assis à côté d'une table qui était à sa gauche, et il était obligé, par conséquent, de se contourner pour écrire ; ce qui tenait dans un état de gêne la partie des voies urinaires du côté gauche, et a pu y développer une disposition naturelle à la génération des calculs. — A. Ch.

COURRIER

Conseil municipal. — Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter une proposition tendant à réorganiser le service de statistique médicale de la ville de Paris. Voici les conclusions du rapport :

« Considérant qu'il y a lieu : 1° d'augmenter la valeur des documents statistiques en réclamant autant que possible la coopération des médecins traitants ; 2° d'améliorer la nature de

ces documents par des modifications ou des additions en rapport avec l'élévation progressive du niveau des sciences ; 3° de publier un bulletin hebdomadaire complet ; 4° de créer un bureau central de statistique fondé sur des bases scientifiques,

« Invite M. le préfet de la Seine à présenter un plan de réorganisation de la statistique municipale parisienne. »

L'exercice du reboutage se fait sur une grande échelle dans le département de la Haute-Garonne. — Le chef-lieu, aussi bien que les villages arriérés, possède ses rebouteurs, dont l'adresse est aussi connue que celle des médecins les plus honorables et les plus répandus.

Ces Messieurs enlèvent, sans façon, les appareils les mieux combinés pour y substituer leurs étoupes, leurs roseaux et leur blanc d'œuf. Il est pénible de l'avouer : afin de ne pas être leur victime, le médecin doit être circonspect.

Un accident arrive-t-il, par qui sont prodigués les premiers soins, si ce n'est par l'homme de l'art de la localité ? Mais, dès le lendemain, la famille inquiète n'y tient plus, et, si le médecin ne va au-devant de la pensée des parents, il est certain de ne plus retrouver, à sa prochaine visite, l'appareil qu'il avait placé. Quelquefois, le rebouter, blotti dans une chambre voisine, n'attend que la retraite de ce dernier pour se mettre à l'ouvrage.

J'ai vu dernièrement une fracture traitée par un rebouteur. Devant la construction de l'appareil en roseaux à attelles courtes et étroites et les souffrances du malade, la famille n'y tint plus et ne put attendre ; elle appela le médecin de la localité qui ne consentit à toucher à l'appareil et à relâcher les liens que devant plusieurs confrères appelés en consultation. Il agit prudemment : en effet, les populations adorent les rebouteurs. Les personnes haut placées et réputées éclairées, ont en ces empiriques une foi illimitée.

Faut-il poursuivre les rebouteurs comme exerçant illégalement l'art médical ? Je ne suis pas de cet avis ; chacun doit avoir le droit d'appeler auprès de lui qui il veut, et de se soigner comme il l'entend.

Que le médecin se tienne en garde. S'il trouve son appareil enlevé et remplacé par un autre, qu'il le constate par voie de consultation, si cela est possible. S'il est appelé pour enlever un de ces appareils empiriques, il est prudent de ne pas le toucher sans l'aide ou l'assistance d'un ou plusieurs confrères ; car, il ne doit pas l'oublier, s'il y a succès, on ne le lui attribuera pas ; et, s'il y a revers, ne pourrait-il pas être accusé d'imprudence, d'incapacité ou de négligence ?

C'est fâcheux à dire : si l'État ne se réservait pas la collation des grades, nous verrions surgir autour de nous des empiriques devenus docteurs avec toutes les mentions honorables, grâce à l'enthousiasme de nos populations.

Que doit faire le Corps médical ? Il doit : 1° Encourager les associations médicales qui, seules, sont destinées à entretenir l'union et l'estime parmi ses membres ; 2° laisser le champ libre aux rebouteurs empiriques et autres.

Tout cela ne se passe pas seulement dans le pays où j'exerce la médecine. On le voit dans presque toutes nos province et, souvent, le spectacle est si burlesque, qu'on a peine à croire à la possibilité d'une telle mise en scène. (*Revue médicale de Toulouse.*)

Pharmacien ; contravention. — Un pharmacien qui ne suit pas à la lettre les prescriptions d'une ordonnance de médecin, et qui remplace certaines substances par d'autres, encourt une responsabilité pénale.

Un pharmacien de Lille fut surpris par des inspecteurs dans la préparation d'une ordonnance qui prescrivait, pour une personne malade de la poitrine, du lait de phosphate de chaux et d'écorce d'orange amère. Manquant dans son officine des deux substances prescrites, il les remplaça par de l'huile de foie de morue, du quinquina et du sirop antiscorbutique.

Le tribunal l'a condamné à 50 fr. d'amende et a ordonné l'insertion du jugement dans trois journaux. (*Le Temps.*)

Hôpital de Londres. — A Londres a eu lieu, ces jours derniers, la réunion annuelle des étudiants du Collége médical de Whitechapel (quartier est de Londres). Des discours prononcés à cette occasion, il ressort que cet hôpital, appelé « Hôpital de Londres », est le plus considérable de son espèce dans la Grande-Bretagne, et celui qui offre les avantages les plus certains pour les études médicales. L'année dernière, il avait 800 lits ; il a reçu, pendant cet exercice, plus de 6,000 malades, et il a donné des secours à 45,000 personnes. Les docks, où les accidents sont assez fréquents, étant voisins de cet établissement, il n'est pas étonnant que chaque année plusieurs milliers d'ouvriers des docks réclament ses soins ; l'an dernier, 11,000 appels de ce genre ont été adressés à l'hôpital, où 2,400 cas ont été jugés assez graves pour être admis.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1877

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juillet 1877,

Par M. Ernest BESNIER.

III. — DIPHTHÉRIE.

Les affections diphthéritiques ont subi, pendant ce trimestre, l'atténuation habituelle à l'approche de l'été; mais le paroxysme épidémique si grave, que j'ai précédemment signalé, est loin d'être terminé. Le chiffre des décès diphthéritiques, qui avait été de 728 pour la ville entière pendant le premier trimestre de l'année, s'est abaissé à 592 pour le deuxième trimestre, restant encore considérablement au-dessus du chiffre le plus élevé qui ait été jamais atteint dans les années antérieures.

Le moment n'est pas encore venu de faire l'histoire de cette épidémie si grave dans tous ses détails; mais je continue à produire les documents nécessaires pour que chacun puisse en suivre aisément le développement et la marche.

Voici d'abord le tableau de la mortalité diphthéritique à Paris, par mois et par arrondissement, pendant le deuxième trimestre de 1877 (1) :

ARRONDISSEMENTS — MOIS — 1877	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Popincourt.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	TOTAUX MENSUELS.
Avril	8	2	10	9	13	5	7	1	6	26	22	13	6	21	19	2	7	28	20	22	247
Mai.	3	2	6	10	12	5	5	6	»	10	18	4	13	15	10	7	6	18	14	10	174
Juin.	6	8	6	12	10	5	9	2	9	6	14	10	10	9	8	4	7	17	9	10	171
Totaux par arrondis^t.	17	12	22	31	35	15	21	9	15	42	54	27	29	45	37	13	20	63	43	42	592

(1) Voyez, pour la série précédente, le Rapport sur les maladies régnantes du premier trimestre 1877. (UNION MÉDICALE, n° 55, samedi 12 mai 1877, et les n°s suivants.)

FEUILLETON

CAUSERIES

Que n'a-t-on pas dit et écrit pour et contre l'institution de conseils de discipline dans le Corps médical! Cette question n'a pas cessé d'être à l'ordre du jour depuis un demi-siècle, car il y a bien cinquante ans que la Société de médecine de Paris, la doyenne des Sociétés médicales de la capitale, l'agitait et la résolvait. Tantôt acceptée, tantôt rejetée, l'institution n'a pas cessé d'occuper les Congrès, les Sociétés et Associations; et dans les divers projets de loi qui, depuis 1825, ont été soumis au Parlement sans pouvoir aboutir, les conseils de discipline, sous une dénomination ou sous une autre, avec des attributions plus ou moins étendues, ont présenté un titre spécial.

Les conseils de discipline, en effet, ne peuvent être institués que par une loi; une loi seule peut rendre leurs prescriptions obligatoires. Seule également une loi peut infliger une pénalité à celui qui enfreint ces prescriptions. Chaque Société, chaque Association est libre, dans une certaine limite, de s'imposer, par ses statuts ou ses règlements, des conditions disciplinaires plus ou moins rigoureuses; mais ces conditions ne sont obligatoires que pour leurs membres et ne sauraient être appliquées aux personnes qui leur sont étrangères. Mais si ces

Pour les hôpitaux, c'est toujours la même série lamentable; le même progrès croissant du nombre des cas; la même insuffisance de la thérapeutique; la même mortalité effroyable; les mêmes désastres produits par la promiscuité des enfants; le même insuccès de toutes les demandes d'isolement!

Tous les détails de ces progrès, de cette mortalité, sont contenus dans le *tableau comparatif* suivant, qui met en parallèle, au point de vue de la diphthérie dans les hôpitaux, le deuxième trimestre de l'année 1877 et le trimestre correspondant de sept années antérieures (1) :

Mois	DEUXIÈME TRIMESTRE de 1877 MOUVEMENT COMPARÉ								DEUXIÈME TRIMESTRE des 7 années antérieures.			DEUXIÈME TRIMESTRE de 1877		
	1868	1869	1872	1873	1874	1875	1876	1877	Mouv	Décès	P. p.100	Mouv	Décès	P. p.100
Avril.....	30	34	44	39	39	40	58	86	284	197	69.36	86	67	77.90
Mai......	24	18	54	41	44	53	51	81	285	213	74.73	81	66	81.48
Juin.....	27	15	26	39	38	34	40	51	219	156	71.23	65	51	78.46
Totaux.	81	67	124	119	121	127	149	218	788	566	71.82	232	184	79.31

Voici maintenant le résumé des nombreuses et importantes communications particulières qui sont parvenues à la Commission, au sujet de la diphthérie dans les hôpitaux de l'enfance et dans les crèches des hôpitaux :

HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — Communication de M. Bergeron : « Quelle est la force invincible qui paralyse le bon vouloir de l'Assistance publique pour l'installation des services d'isolement, et qui rend stériles nos efforts communs pour arriver au même but? Je l'ignore, mais ce que je sais, c'est que le nombre des cas de diphthérie développés à l'intérieur a encore augmenté dans le second trimestre, et que la proportion des décès a été plus considérable que dans le premier.

Du 1er avril au 30 juin, 73 cas de diphthérie ont été observés dans mon service, se répar-

(1) Les années 1870 et 1871 sont omises à dessein comme années anomales, à cause des désastres de la guerre étrangère et de la guerre civile.

Sociétés et Associations n'ont d'action directe que sur leurs sociétaires, elles peuvent exercer une influence indirecte et efficace sur l'application des lois qui régissent l'exercice professionnel, en signalant à qui de droit les infractions à la légalité. C'est ce qu'a fait avec succès l'Association des médecins de la Gironde, en instituant dans son sein un comité dit de défense professionnelle, qui a déjà rendu de signalés services et qu'il faudrait encourager dans ses agissements, tous en faveur de l'honorabilité dans l'exercice de l'art.

Je sais bien ce qu'on objecte aux tentatives des Associations pour maintenir la profession dans les voies de la dignité et de l'honnêteté; objections de sentimentalité par lesquelles on énerve ou on paralyse les intentions et les efforts. Quoi donc de blâmable à soutenir son droit, à défendre son intérêt, quand droit et intérêt sont respectables? Mais quand à ce droit professionnel s'annexe un intérêt général et social, n'est-ce pas des éloges au lieu d'un blâme que méritent ceux qui ont le courage de se mettre en avant, de se donner les embarras, les soucis et très-souvent les mécomptes de leur généreuse entreprise?

Cela soit dit pour encourager, si j'en suis capable, les Sociétés et Associations qui, prenant exemple sur l'Association des médecins de la Gironde, instituent chez elles des comités de défense professionnelle. Pas n'est besoin de leur recommander la prudence; depuis bientôt vingt ans qu'elle fonctionne, l'Association générale, même en remplissant ses plus délicates fonctions, ne s'est attiré ni une critique légitime ni un blâme sérieux. Quant à l'opposition qu'elle a quelquefois rencontrée dans le Corps médical même, ce n'est plus qu'un souvenir, elle s'est éteinte devant l'évidence des services rendus et l'espoir, qui tous les jours se réalise, de bienfaits plus considérables encore.

Les services que rend l'Association générale des médecins sont si patents, que les pharmaciens, hommes pratiques et qui professent un saint éloignement pour tout ce qui ne se réalise

tissant également entre les deux sexes, mais plus inégalement que pendant le premier trimestre, entre les trois mois : 35 en avril, 20 en mai et 18 en juin. Mais, tandis que l'épidémie semblait perdre de sa force au dehors, à l'intérieur, au contraire, elle a progressé sensiblement. En effet, tandis qu'en avril, sur 35 cas, 7 seulement se sont développés dans les salles, et qu'en mai il n'y a que 4 cas intérieurs sur 20; en juin, on en compte 7 sur 18. En résumé, 18 cas intérieurs sur 73. Reste donc 55 cas venus du dehors. Sur ces 55 cas, il y en a 25 dans lesquels la maladie était tellement avancée au moment de l'entrée, que les enfants sont morts dans les vingt-quatre heures, les uns dans un état d'asphyxie qui a nécessité l'opération d'urgence, les autres arrivés au dernier degré de l'infection diphthérique.

Des 73 enfants atteints de diphthérie dans le trimestre, 34 ont été trachéotomisés, 27 ont succombé dans les salles; 2 ont été emportés mourants par les parents; 5 ont guéri, ce qui donne la proportion misérable de 14,7 p. 100 de guérisons. Il n'est pas inutile de faire remarquer qu'un enfant opéré le 21 mars et porté dans le dernier relevé comme étant en traitement, a guéri depuis, ce qui relève un peu la proportion des succès sur l'ensemble du semestre.

Des 39 enfants atteints d'angine diphthérique, sans envahissement du larynx, 26 ont succombé, 2 ont été emportés par les parents dans un état désespéré, 11 ont guéri; mais nous devons ajouter que l'un d'eux, sorti parfaitement guéri de son angine, est rentré ultérieurement dans un autre service pour une paralysie diphthérique à laquelle il a succombé. Au point de vue de la thèse que je soutiens sur l'inconvénient qu'il y a à conduire tardivement les enfants à l'hôpital, je dois encore signaler ce fait que, sur les 11 guérisons, 5 ont été obtenues, ou du moins observées, chez des enfants dont la maladie s'était développée dans le service.

Dans 18 cas intérieurs, 1 nous avait été envoyé de chirurgie; c'était un enfant de 11 ans 1/2, bien constitué, sans traces de scrofules ni de rachitisme, qui, au vingtième jour d'une fracture simple, fut pris d'angine infectieuse au plus haut degré, ce qui l'enleva en quatre jours. Un autre enfant, entré pour un embarras gastrique, sort au bout de huit jours, et rentre trois jours plus tard dans un service voisin, atteint de croup auquel il succombe, malgré la trachéotomie, et dont il avait certainement emporté le germe de la salle qu'il venait de quitter.

Sur les 16 cas restants, nous constatons 9 filles et 7 garçons.

Des 9 filles, 2 ont guéri seulement et toutes 2 entrées dans le service pour la scarlatine, ont contracté la diphthérie après un séjour prolongé dans la salle. Les 7 décès ont été observés chez des filles dont la plus âgée avait 5 ans, et qui étaient entrées pour les maladies les plus variées : coqueluche, scrofulides, rougeole, prurigo, adénite caséeuse du mésentère, bronchite et paralysie infantile.

Chez les garçons, la mortalité n'a pas été moins considérable : 4 sur 7. »

Communication de M. Cadet de Gassicourt :

---

pas en faits clairs et palpables, sont en instance pour obtenir une institution analogue à la nôtre. Ce qui les a séduits surtout, c'est notre Caisse de pensions viagères d'assistance, pour la fondation de laquelle un des leurs, M. Aubergier, a souscrit la somme de dix mille francs. Nous leur souhaitons, et de grand cœur, le succès qui a couronné les efforts des initiateurs de notre Association.

A propos de pharmaciens, il est vrai que la plupart d'entre eux ignorent ce fait important pour leurs intérêts, c'est que tout élève en pharmacie qui entre chez un patron en qualité d'apprenti pour un terme déterminé, est tenu d'achever ce terme, à moins de se rendre passible de dommages-intérêts.

C'est ainsi que le tribunal de Saintes a été appelé dernièrement à se prononcer sur cette question.

Un jeune homme mineur était entré, du consentement de son père, comme apprenti chez un pharmacien de Bordeaux; il devait y rester deux ans, être logé et nourri, et payer au pharmacien une somme de 1,200 fr. Au bout de dix mois, l'élève, prétextant un dégoût prononcé pour la pharmacie, quitta son patron; mais, au lieu de renoncer à la profession qu'il avait embrassée, il alla se placer chez un pharmacien de Saintes. Le pharmacien de Bordeaux, indigné de ce procédé, assigna le père devant le tribunal de Saintes, qui rendit, le 10 février 1877, un jugement condamnant ce dernier à payer au pharmacien demandeur, à titre de dommages-intérêts, une somme de 10 francs pour chacun des quatorze mois pendant lesquels l'élève devait rester chez son premier patron pour achever ses deux années; le condamnant en outre aux intérêts de droit et aux dépens de l'instance.

L'Union Médicale a l'honneur d'avoir plusieurs pharmaciens parmi ses lecteurs, et elle a pensé que ce renseignement pouvait leur être utile.

« 36 cas de diphthérie répartis ainsi : 1 *diphthérie buccale* dans le cours d'une rougeole ; 10 *angines* sans croup ; 25 *croups*, dont 5 avec angine.

Sur les 10 angines, 9 ont succombé. Toutes ont été traitées par le chlorate de potasse à la dose de 6 à 8 gram. en vingt-quatre heures. Ce résultat désastreux vient confirmer l'opinion que j'ai récemment émise, dans le *Bulletin de thérapeutique*, sur l'inefficacité des médicaments employés contre la diphthérie. J'ai eu une série malheureuse, et, comme toujours, tous les malades atteints d'angine diphthérique grave ont succombé. Le seul qui ait guéri avait une angine diphthérique bénigne. C'est une vérité dont il faut se bien persuader, si l'on ne veut pas se nourrir d'illusions. Et si j'ai employé sans remords le chlorate de potasse, dont l'efficacité est nulle, c'est qu'aucun autre médicament ne m'a donné de résultats meilleurs. Je suis parfaitement édifié sur son impuissance.

Si la statistique des angines est déplorable, celle des *croups*, au contraire, est excellente. En effet, sur les 25 cas de croup, 9 ont guéri, ce qui donne une proportion de 36 p. 100 ; 4 enfants n'ont pas été opérés ; 2 ont guéri, 2 sont morts.

La trachéotomie a donné les résultats suivants : 21 trachéotomies, 7 guérisons, 14 morts ; soit 33 p. 100 ou 1/3 de guérisons.

Cette moyenne est de beaucoup supérieure à toutes celles que j'avais obtenues depuis quatre ans, car la plus élevée avait été de 17 p. 100. Tous les croups ont été traités par le *chlorate de potasse*. La statistique a de ces ironies.

Mais je veux insister sur un point capital : la *contagion de la diphthérie*. Dans le dernier trimestre, 4 cas se sont développés dans nos salles, et dans des conditions telles qu'il n'est pas permis de croire à leur début avant l'arrivée des enfants dans nos salles. Un enfant, atteint de coqueluche, un autre d'anasarque scarlatineuse, ont contracté la diphthérie ; l'un vingt jours, l'autre vingt-deux jours après leur entrée ; tous deux ont guéri. Deux autres enfants, l'un affecté de coxalgie et et de rachitisme, reçus aux aigus pour des raisons particulières ; un autre, idiot, accepté par pitié, contractent, vingt-cinq et trente jours après leur admission, une diphthérie à laquelle ils succombent.

Tels sont les faits lamentables qui se renouvellent sans cesse sous nos yeux, et auquel un isolement radical pourrait seul porter remède. Quand les promesses qui nous sont faites seront-elles accomplies ? »

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Archambault : « La gravité du croup s'est maintenue ce qu'elle a été depuis le commencement de l'année ; ainsi nous avons eu 18 cas, dont 2 intérieurs. Sur ce nombre, 16 ont été opérés et 1 seul a guéri. Dans 2 cas, les conditions de la santé générale étaient si détestables et l'infection si évidente, que j'ai interdit l'opération. Ce qu'il y a de singulier, c'est que, sur ces 18 cas, 10 ont eu lieu pendant le mois de juin. Il y a toujours eu angine préalable, et, dans tous les cas, nous avons constaté la présence de l'albumine dans les urines, quelquefois en quantité extrêmement considérable. Concurremment,

---

Nous sommes en pleine saison d'eaux minérales ; il n'est donc pas hors de propos de rappeler ce qui se passait au XVe siècle dans une des stations, alors fort célèbre :

Dans son dernier numéro, la *Revue britannique* nous fait lire la chronique d'une station thermale du temps jadis.

Il s'agit de Baden — dans le canton d'Aargau — station fort démodée aujourd'hui.

Mais il n'en était pas de même au XVe siècle, quand le célèbre savant florentin Giovanni Francesco Poggia Bracciolini, qui fut secrétaire de trois papes et mourut chancelier de la République florentine à l'âge de 79 ans, prit occasion du concile de 1414 pour visiter le Baden suisse. Celui-ci jouissait alors d'autant de vogue que, il y a peu d'années, le Baden-Baden allemand en ses beaux jours. Or, voici comment on se baignait, comment on s'amusait dans une ville d'eaux au commencement du XVe siècle.

Nous copions la relation du seigneur Bracciolini :

« A un quart d'heure de la ville, tout près de la rivière, est un grand espace ouvert, entouré d'hôtelleries magnifiques et disposées pour recevoir un grand nombre d'hôtes. C'est là que se trouvent les bains. Chaque hôtellerie a son bain, qui n'est fréquenté que par les habitants de la maison. Le nombre des bains, tant publics que particuliers, s'élève à 30 environ. Il existe pour la basse classe deux bains spacieux, ouverts de tous les côtés, où hommes et femmes, jeunes gens et jeunes filles se baignent pêle-mêle. Je me suis souvent diverti de ce spectacle, et j'ai admiré la simplicité de ces braves gens, qui ne voient là aucun mal.

Les bains privés des hôtelleries, également communs aux deux sexes, sont décorés avec beaucoup d'élégance. Il y a bien, il est vrai, dans le milieu un panneau qui sépare les hommes des femmes, mais de grandes ouvertures garnies de volets mobiles leur permettent de communiquer librement. Il y a, en outre, tout autour des bains, des galeries où se rassemblent des

j'ai eu à traiter 16 angines couenneuses, et je vois que, sur ce nombre, 5 ont succombé. Dans aucun des cas que je compte comme des angines couenneuses, la fausse membrane ne s'est étendue au larynx.

Chez quelques-uns de ces enfants qui nous étaient amenés au deuxième ou troisième jour de la maladie, j'ai pu soupçonner qu'il s'agissait d'une angine couenneuse d'origine scarlatineuse, sans toutefois en avoir la certitude. Dans l'immense majorité des cas, il y a eu de l'albumine dans les urines. »

M. Jules Simon : « Pendant le mois d'avril et la première quinzaine de mai, une des salles de mon service a été envahie plus particulièrement par une *épidémie de diphthérie* d'un caractère généralement infectieux. Parmi ceux qui ont été atteints, 2 malades sur 15 ont été assez heureux pour échapper à la mort. La trachéotomie n'a été pratiquée qu'une seule fois, et sans succès, vu le caractère secondaire et malin de la laryngite pseudo-membraneuse.

En ville, pendant le même laps de temps, j'ai donné des soins à quelques enfants atteints d'angine couenneuse, qui est restée localisée au pharynx, et qui a parfaitement guéri sans accidents consécutifs, ni albuminurie prolongée, ni phénomènes paralytiques. »

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Siredey : « Malgré les raisons cent fois données inutilement de la nécessité d'isoler les sujets affectés de maladies contagieuses, et particulièrement ceux qui sont atteints de diphthérie, par acquis de conscience, et sans le moindre espoir que mes réclamations seront mieux accueillies que celles qui ont été si éloquemment présentées, et avec tant de preuves à l'appui, par notre vénéré maître M. Bergeron, et nos autres collègues des hôpitaux d'enfants, je me borne à faire une relation très-courte d'une petite épidémie observée dans mon service.

Un enfant d'un an, ayant pris la diphthérie de son frère, âgé de 3 ans, décédé le 25 mars, entre à la crèche (salle Saint-Marthe *bis*) le 27 mars avec du jetage nasal, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, et des fausses membranes tapissant le voile, les piliers du palais; en un mot, toute la gorge. Deux jours après, la mère emporte cet enfant, sur le point de mourir asphyxié.

Le même jour, dans le même lit, on recevait un enfant syphilitique, âgé de 14 mois, admirablement constitué, et ne paraissant aucunement souffrir de la grave maladie dont il est atteint. Il est soumis au traitement spécifique. Une amélioration sensible se fait remarquer dans les plaques muqueuses et l'éruption cutanée qu'il présente, quand, le 9 avril, on observe de la dysphagie. On reconnaît l'angine couenneuse. Le 10, il mourait asphyxié.

Je fais alors évacuer la salle. On procède au nettoyage général des murs, des lits et de toute la literie.

On la rouvre le 21 avril pour y placer un enfant né à Sainte-Anne, atteint d'un érysipèle de la région ombilicale. — Le 29, on reconnaît chez lui l'existence d'une diphthérie pharyngée

---

personnes qui viennent visiter les baigneurs et causer avec eux. Rien n'est plus commun aussi que les visites échangées entre bains contigus. Il s'y donne même souvent des petits repas, auxquels chacun contribue pour sa part, et dont les mets sont placés sur une table flottante. Les dames et les hommes mangent alors ensemble. Dans l'hôtel où je demeurais et me baignais, je fus une fois invité à un de ces banquets; je refusai, à cause de mon ignorance de la langue.

Deux de mes amis, néanmoins, prirent part à l'une de ces agapes; ils burent et folâtrèrent, conversèrent par interprète, firent la cour aux dames, en un mot s'amusèrent infiniment. Ils avaient revêtu de grands costumes blancs, comme en portent les hommes toutes les fois qu'ils pénètrent dans les bains des femmes.

Quant à moi, j'étais posté sur la galerie, d'où j'assistai à tout le repas. Rien n'est curieux comme de voir la familière simplicité qui règne dans ces réunions, et la complaisance avec laquelle les maris se prêtent à toute cette liberté; ils ne s'offensent nullement de voir leurs femmes causer et rire avec des étrangers dans une situation aussi délicate. Rien ne leur donne de l'ombrage; il n'est point de circonstance si grave qui ne leur paraisse aussi légère qu'une plume.

La plupart de ces bains sont d'ailleurs occupés en commun par les hommes et les femmes appartenant à la même famille ou unis par les liens de l'amitié. Quelques-uns visitent par jour trois ou quatre de ces bains, où ils passent leur temps à festoyer, à chanter et même à jouer de divers instruments. Il n'y a rien de plus enchanteur à voir et à entendre que ces concerts aquatiques donnés par de belles filles, dont les blanches draperies, flottant sur l'onde, font songer à Vénus émergeant du sein des flots.

Elles ont, en outre, une charmante coutume, quand elles voient des curieux qui les

à laquelle il succombe deux jours après. Des fausses membranes s'étaient aussi développées sur les points du ventre où l'érysipèle avait détaché l'épiderme, et notamment au niveau de la cicatrice ombilicale.

Le 28 avril, une autre enfant âgée de 8 jours est transportée également de Sainte-Anne à la crèche. Depuis trois jours, on avait été frappé chez elle de l'existence d'un coryza sanieux et de difficulté à teter. En examinant la gorge, je constate une angine couenneuse qui entraîne la mort trois jours plus tard.

Enfin, un cinquième enfant, né à Sainte-Anne le 11 mai, à deux heures du matin, était pris de coryza et d'angine diphtéritique le 15, — *quatre jours après sa naissance;* il succombait le 17.

Là s'est arrêtée cette épidémie, après avoir fait 5 victimes.

Ainsi, un enfant atteint de diphthérie nous arrive le 27 mars. Deux jours après, il quitte l'hôpital, mourant. Un autre petit malade occupe son lit le même jour, prend la diphthérie et meurt le 9 avril.

A partir de ce moment, la crèche est fermée; mais 3 enfants gagnent la maladie dans la salle d'accouchements, le premier quinze, le second cinq, et le troisième quatre jours après la naissance. Nous n'avions jamais vu la diphthérie chez des enfants aussi jeunes. Nous savons que notre distingué collègue, le professeur Parrot, a observé pour la première fois plusieurs cas analogues aux nôtres, qu'il a généreusement mis à la disposition d'un élève de notre service pour en faire le sujet de sa thèse inaugurale.

Quant au doute que l'on pourrait concevoir sur l'exactitude du diagnostic, nous nous bornons à dire que les organes de ces petits enfants ont été présentés à la Société anatomique, où ils ont été l'objet d'un examen microscopique, et que le diagnostic de diphthérie a été maintenu. »

Hôpital Saint-Antoine. — M. Dujardin-Beaumetz (service de la crèche) : « Neuf cas de diphthérie; huit ont porté sur des enfants, qui ont tous succombé ou sont sortis mourants de l'hôpital. Deux fois la trachéotomie a été pratiquée sans succès. Un cas de diphthérie a été contracté dans le service par une mère, et il a parfaitement guéri.

Dans tous ces cas de diphthérie nous avons employé le traitement préconisé par M. Séeligmuller, c'est-à-dire que nous avons donné les solutions saturées de chlorate de potasse (5 gram. p. 100). Les résultats obtenus sont peu favorables à la méthode, puisque, sur neuf cas de diphthérie, un seul a pu être guéri; mais il faut noter que, pour les huit autres cas, les enfants nous avaient été amenés à la période ultime de la maladie. »

(A suivre dans un prochain numéro.)

---

regardent du haut de la galerie : c'est de leur demander l'aumône par plaisanterie; et ceux-ci de leur jeter alors, — particulièrement aux plus jolies,— des pièces de menue monnaie qu'elles attrapent avec leurs mains, ou en étendant leur linge, chacune s'efforçant de supplanter sa voisine. C'est aussi la coutume de leur jeter des guirlandes de fleurs, dont elles ornent leurs têtes. »

Pour finir, une spirituelle définition de l'officier de santé, trouvée dans un journal politique : Officier de santé, un médecin resté en route.

Dr Simplice.

Faculté de médecine de Paris. — Nous annoncions récemment le concours pour deux places de chef de clinique.

Il vient de se terminer par la nomination de MM. F. Raymond et Landouzy, MM. Pitres et Barie ont été nommés chefs de clinique adjoints.

Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de MM. Segond et Kermisson.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris se réunira le samedi 11 août 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Lecture de rapports par M. le docteur Camuset. — 2° Discussion sur le paraphimosis, à propos de la communication faite dans la dernière séance. — 3° Compte rendu du traité de M. Boinet sur les maladies des ovaires, par M. Gillette. — 4° Communications diverses.

THÉRAPEUTIQUE

DE LA COCA ET SES VÉRITABLES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES

En exagérant les vertus thérapeutiques de la coca (*Erythroxylon-Coca*), cette précieuse plante importée d'Amérique en Europe depuis seulement quelques années, et en faisant de ses feuilles une panacée universelle, les auteurs ont certainement dépassé le but qu'ils voulaient atteindre.

Aussi est-il de tout intérêt d'étudier d'une manière succincte le vrai rôle que les diverses préparations de cette plante merveilleuse doivent jouer dans une thérapeutique rationnelle.

Le Pérou et la Bolivie sont les deux contrées qui produisent ce petit arbrisseau de la famille des *Linacées.*

Les feuilles seules de la coca sont employées en médecine; les indigènes se servent de la tige pour en faire des corbeilles.

Les Indiens connaissent la coca depuis un temps immémorial; ils en font un grand usage, et lui attribuent des vertus merveilleuses.

C'est en pilant les feuilles de coca avec de la chaux calcinée (*llipta*) qu'ils font un bol dont ils se servent pour apaiser la soif et même la faim. Mais, arrivons à une appréciation clinique rigoureuse, et étudions les propriétés de la coca sur l'économie.

Nieman, en expérimentant chimiquement la coca, découvrit un alcaloïde (la cocaïne) et un principe résineux et azoté. La cocaïne cristallise en petits prismes inodores et incolores; elle est très-soluble dans l'éther, peu soluble dans l'alcool, et à peine dans l'eau.

En mâchant les feuilles de coca, on ressent une certaine sécheresse à la gorge, et il se produit en même temps une hypersécrétion des glandes salivaires. Peu après, la muqueuse buccale se trouve comme anesthésiée.

A son arrivée dans l'estomac, la sécrétion du suc gastrique augmente, ainsi que les pulsations du pouls. La température s'élève d'un demi-degré environ, et la sécrétion urinaire est loin d'être ralentie. Le docteur Rabuteau a fait cette expérience sur des goutteux, des rhumatisants et des diabétiques. Il a trouvé, sous l'influence des principes actifs de la coca, une augmentation d'urée d'environ 10 p. 100.

Le docteur Ch. Fauvel est également un des premiers médecins qui aient fait des expériences cliniques sur les propriétés de cette plante.

Dans un remarquable ouvrage qu'il a publié il y a quelques mois, le docteur Fauvel préconise la coca dans les affections du pharynx et du larynx, et cite à l'appui plusieurs observations de pharyngites granuleuses qui, rebelles à toute espèce de traitement, avaient été complétement guéries par l'emploi simultané de la pâte de coca et le vin de coca Mariani.

En effet, de toutes les préparations pharmaceutiques dont la coca est la base, nous devons citer tout spécialement le vin préparé par M. Mariani. Cet habile préparateur a su faire dissoudre les principes actifs de la coca dans un vin de Bordeaux qui, contenant déjà du tannin et des traces de fer, en a fait un tonique par excellence.

Ce vin est non-seulement agréable au goût, mais il a la propriété de ne jamais constiper. Aussi est-il mille fois préférable aux diverses préparations de vin de quinquina, dont la réputation surfaite baisse considérablement depuis que l'empirisme s'en est emparé.

La *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* du 12 juin 1866 cite M. Mariani comme un des principaux vulgarisateurs de la coca. L'élixir de coca, le vin de coca et la pâte de coca, qui portent son nom, sont appelés, comme nous venons de le prouver plus haut, à rendre un véritable service dans l'art de guérir.

Le docteur Cintrat, que la science vient de perdre si malheureusement, a pu constater que la coca pouvait servir comme adjuvant au traitement hygiénique de l'obésité ; mais, pour ce cas surtout, il est urgent de n'employer que le vin de coca au bordeaux, qui ne contient aucune matière sucrée. Ce fait est également applicable au diabète.

Déduisons de toutes ces observations cliniques connues jusqu'à ce jour, que la coca est un stimulant et un fortifiant; qu'elle agit d'une façon que je pourrais appeler héroïque, dans l'anémie, la chlorose, le rachitisme, et qu'elle est également utile aux hommes de cabinet fatigués d'un travail assis et prolongé, afin de redonner aux muscles une nouvelle vigueur.

Nous nous associons à M. le docteur Ch. Fauvel, ainsi qu'à MM. Gazeau, Rabuteau et Cintrat, pour déclarer que, après ces diverses observations cliniques, le vin de coca Mariani, son élixir et ses pastilles agissent d'une manière spéciale et magistrale dans la pharyngite granuleuse, l'angine tonsillaire, l'albuminurie, le diabète, et que leurs propriétés stimulantes sur le système nerveux cérébro-spinal ne peuvent être méconnues.

Quant à son action spéciale sur le larynx, nous terminerons cet article par une phrase du docteur Ch. Fauvel :

« La coca est le tenseur par excellence des cordes vocales. »

Dr P. Collin.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Cl. Bernard, au nom de M. P. Bert, présente une note remarquablement loyale et intéressante sur le sang dont la virulence résiste à l'action de l'oxygène comprimé et à celle de l'alcool.

« Dans une communication d'ordre général (séance du 21 mai 1877) : *Sur l'emploi de l'oxygène à haute tension comme procédé d'investigation physiologique*, j'ai été amené à parler du virus charbonneux, sur lequel j'avais commencé quelques expériences. J'avais vu les échantillons, qu'on m'avait envoyés d'Alfort, conserver leur activité après le séjour dans l'oxygène comprimé ou après le contact de l'alcool dilué. J'en concluais simplement « qu'il existe « dans le sang charbonneux un principe toxique et virulent, qui résiste à l'action de l'oxygène « comprimé et de l'alcool, et qui peut être isolé à la façon des diastases ». Je me gardais bien de refuser aux bactéridies leur action redoutable, et je ne me prononçais même pas sur la nature du principe virulent que je signalais et qui agirait en dehors d'elles.

Je dois avouer cependant que, dans ma pensée, je ne le considérais pas comme un être vivant. Il me paraissait tout à fait invraisemblable qu'un être vivant pût séjourner impunément dans l'alcool *dilué*, être repris par l'eau dans le précipité alcoolique desséché, puis reprécipité par une nouvelle addition d'alcool. Je savais bien que les organismes inférieurs ne périssent pas toujours dans l'alcool *absolu*, quand on les y précipite brusquement, et qu'ils sont pour ainsi dire desséchés par lui; mais l'action de l'alcool, ajouté avec précaution, goutte à goutte, au liquide sanguin, me paraissait devoir être irrésistible pour tout être vivant. Or, je possède un sang virulent, qui, mélangé avec de l'alcool ordinaire, le 26 février, s'est montré ces jours derniers aussi virulent que lorsqu'il était frais.

Et, cependant, je dois convenir aujourd'hui que ce principe virulent, résistant à l'alcool, est bien un organisme élémentaire vivant, ainsi que MM. Pasteur et Joubert l'ont déclaré dans leur communication du 16 juillet.

Tout d'abord, comme je l'ai constaté après ces savants expérimentateurs, le sang bactéridien pur ou l'urine chargée de bactéridies perd tout pouvoir, soit après le séjour dans l'oxygène comprimé, soit après l'action de l'alcool ; morte la bactéridie, mort le virus.

Il en est autrement pour le sang que j'avais eu à étudier, et dont l'alcool m'a précisément permis de conserver des échantillons actifs. Il ne peut donc être question ici de bactéridies ni de vibrions.

Mais MM. Pasteur et Joubert viennent de montrer que les corpuscules-germes des bactéridies et des vibrions résistent à la double action de l'oxygène comprimé et de l'alcool. Serait-ce que ces corpuscules existaient dans le sang que j'avais employé, sang qui était mélangé de sérosités ?

Pour m'en assurer j'ai examiné au microscope, en présence de MM. Pasteur et Joubert, la matière floconneuse précipitée par l'alcool de l'eau où avait séjourné quelques heures le magma produit par l'alcool dans le sang virulent, le précipité alcoolique de deuxième ordre pourrait-on dire; or, ce précipité, repris par l'eau, a montré en abondance des points brillants, tout à fait identiques en dimensions, forme et pouvoir réfringent, aux corpuscules-germes. Ensemencé, avec toutes les précautions nécessaires, dans du sérum sanguin recueilli à l'abri des poussières de l'air, il a donné naissance à de longs vibrions tout à fait semblables à ceux que M. Pasteur a décrits.

Voici ce qui était arrivé : les corpuscules avaient été enveloppés dans la masse de l'albumine précipitée par l'alcool; quelques-uns d'entre eux, dégagés par le broiement du magma dans l'eau, avaient traversé le filtre de papier, et l'alcool ajouté alors à la liqueur filtrée les avait encore précipités au milieu de matières coagulées à nouveau.

Le premier précipité, obtenu directement par l'addition d'alcool au sang, et qui était si virulent, malgré son séjour de cinq mois dans l'alcool, ayant été additionné d'eau, le liquide s'est rempli, en vingt-quatre heures, de longs vibrions septiques et, inoculé à des cochons d'Inde, il les a tués avec l'effroyable série de désordres inflammatoires, avec la multiplication extraordinaire des vibrions dans les séreuses, avec la putréfaction si prompte qu'elle semble avoir lieu sur l'animal vivant, qu'ont signalés MM. Pasteur et Joubert.

Enfin, pour terminer le tableau, les sérosités des cochons d'Inde ainsi tués fourmillant de longs vibrions et extraordinairement virulentes, ayant été filtrées sur le plâtre, la liqueur filtrée a pu être impunément inoculée, preuve que la virulence n'était point due à une matière dissoute.

Il me paraît donc absolument démontré que le sang sur lequel j'avais expérimenté contenait, non-seulement des bactéridies, mais des vibrions septiques, dont les corpuscules-germes ont résisté à l'alcool comme à l'oxygène comprimé, les êtres adultes ayant, au contraire, succombé à l'un ou à l'autre de ces deux agents. »

M. G. Carlet adresse, sur le mécanisme de la déglutition, une note dans laquelle il signale trois résultats nouveaux : 1° un abaissement de pression dans le fond de la cavité buccale, qui commence à se manifester avant l'ascension du larynx ; 2° un soulèvement correspondant du voile du palais, auquel il attribue cette diminution de pression, et, par suite, une aspiration du bol alimentaire ; 3° une séparation complète entre la bouche et l'arrière-bouche pendant tout le temps de la déglutition pharyngienne, ou, en d'autres termes, l'occlusion parfaite de l'isthme du gosier, d'où l'impossibilité du retour des aliments dans la cavité buccale.

L'Académie a reçu les ouvrages suivants :

Éléments de zoologie, par M. P. Gervais.

Clinique médicale de la Pitié, par M. T. Gallard ; un volume in-8°.

Les monstres doubles parasitaires, hétérotipiens ou épigastriques, par M. le docteur Gross, de Nancy.

Les méthodes de la chimie médicale, par M. le docteur G. Daremberg.

Traité des maladies de la prostate, par M. le docteur H. Picard. — Etc. M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire. — Présentations. — Rapports : Sur diverses brochures ; — sur une observation d'opération d'empyème par le thermo-cautère ; — sur une observation de version céphalique par manœuvres externes pour remédier à des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. — Communication : Épanchement sanguin considérable de la région fessière à la suite d'une contusion, avec rupture d'une branche de l'artère fessière. — Présentation de malade : Trachéotomie au thermo-cautère.

M. Guyon présente, au nom de M. le docteur Vibert, une série de brochures sur divers sujets de thérapeutique chirurgicale.

— M. Magitot offre en hommage un exemplaire de l'important ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de : *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères.* Un volume grand in-4°, avec atlas de 20 planches. (Ouvrage couronné par l'Institut de France.)

— M. Delens fait un rapport sur diverses brochures et observations adressées par M. le docteur Pereira y Maranès, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

— M. Tillaux fait un rapport sur une observation d'opération d'empyème pratiquée à l'aide du thermo-cautère, par M. le docteur Féréol, assisté de M. le docteur Maurice Raynaud.

Cette opération, pratiquée sur un sujet tuberculeux atteint de pleurésie purulente, fut longue, car elle dura un quart d'heure.

Le thermo-cautère ne fut employé que pour inciser la peau et les muscles intercostaux jusqu'à la plèvre ; celle-ci fut ouverte avec le bistouri.

Le troisième jour après l'opération, et les jours suivants, on vit la plaie s'agrandir et l'espace intercostal devenir béant ; le périoste costal se détacha et laissa la côte à nu. On craignit que l'artère intercostale elle-même ne fût atteinte par l'ulcération.

Au huitième jour survint une hémorrhagie grave, que l'on parvint cependant à arrêter. Mais le malade finit par succomber aux progrès de la tuberculisation.

M. Féréol conclut que le thermo-cautère n'est pas un bon procédé pour l'opération de l'empyème. C'est un procédé long, douloureux, et qui peut-être expose à l'hémorrhagie secondaire. Pour toutes ces raisons, M. Tillaux conclut également que le bistouri est préférable au thermo-cautère.

M. Verneuil, d'après les résultats de son expérience personnelle, basée sur trois opérations d'empyème pratiquées avec le thermo-cautère, déclare partager à cet égard l'avis de MM. Tillaux et Féréol.

M. Lucas-Championnière rappelle que le fer rouge fut employé jadis pour l'opération de

l'empyème. Le thermo-cautère n'est qu'une réminiscence d'un procédé depuis longtemps abandonné dans la pratique chirurgicale.

— M. Polaillon fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Pinard, et relative à un cas de version céphalique par manœuvres externes, pratiquée pour remédier à des hémorrhagies causées par une insertion vicieuse du placenta.

Le sujet de cette observation est une jeune femme de 21 ans, déjà accouchée une première fois au terme naturel de sa grossesse.

Cette femme était arrivée au septième mois de sa nouvelle grossesse, lorsqu'elle fut prise de plusieurs hémorrhagies utérines successives graves qui nécessitèrent l'intervention de M. Pinard. Il y avait de vives douleurs abdominales et rénales. Le fœtus, très-mobile, présenta successivement le plan latéral et le siége. M. Pinard réussit, par des manœuvres externes, à pratiquer la version céphalique et à maintenir la tête dans cette nouvelle position. Dès lors, les douleurs abdominales cessèrent, et, avec elles, les hémorrhagies utérines. L'accouchement eut lieu spontanément, treize jours après la version céphalique. L'examen du placenta montra que les hémorrhagies avaient été produites par le décollement du bord de cet organe vicieusement inséré sur l'utérus.

Cette observation fait ressortir la possibilité d'opérer la version céphalique par des manœuvres externes, et l'importance qu'il y a de placer le fœtus dans une bonne position, puisque l'on peut arrêter des hémorrhagies graves dues à une insertion vicieuse du placenta, en changeant une présentation transversale ou une présentation du siége en présentation de l'extrémité céphalique.

— M. Nicaise communique une observation d'épanchement sanguin considérable de la région fessière dû à une contusion avec rupture d'une des branches de l'artère fessière. Voici le résumé de cette observation :

Un homme de 41 ans fait une chute d'un quatrième étage sur la fesse gauche; il se produit un épanchement sanguin. Un mois après, lorsque le malade se lève pour la première fois, un nouvel épanchement se produit tout à coup.

C'est alors que M. Nicaise voit le malade; celui-ci est traité d'abord par le repos et les compresses résolutives; puis, deux mois et demi après l'accident, la tumeur étant encore volumineuse, la marche très-gênée par la compression du nerf sciatique, M. Nicaise se décide à intervenir, prenant en outre en considération le siége de la tumeur et la crainte de voir de nouveaux épanchements se produire.

Dans une première opération, il vide la poche, et aucune hémorrhagie ne se produisant, il exerce la compression. Mais, le lendemain, l'hémorrhagie arrive, la compression est inefficace. C'est alors que l'on procède à la recherche de l'artère blessée en ouvrant largement le foyer sanguin. L'artère rompue était une branche de la fessière, et comme la lésion siégeait au niveau du bord de l'échancrure sciatique, M. Nicaise dut appliquer sur l'artère une pince hémostatique, qui fut laissée à demeure, au lieu de faire la ligature.

La plaie fut recouverte de simples compresses phéniquées; le malade eut quelques frissons, de la diarrhée; mais bientôt la plaie marcha vers la cicatrisation. Vingt jours après l'opération, M. Nicaise sutura les lambeaux; la réunion immédiate secondaire fut obtenue. Six semaines après, il ne restait plus que quelques douleurs qui ont encore diminué depuis.

— M. le docteur Berger, professeur agrégé à la Faculté, présente une malade à laquelle il a pratiqué avec succès l'opération de la trachéotomie au thermo-cautère, pour un œdème sous-glottique survenu à la suite de la fièvre typhoïde. Nous reviendrons sur ce travail.

Dr A. Tartivel,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Traitement de la variole par les bains froids, par M. E. Clément, de Lyon. — Ce traitement a été expérimenté pendant une épidémie de variole qui a sévi à Lyon en 1874, et dont M. Rendu a donné la relation. L'auteur rappelle toutes les tentatives de ce genre qui ont été faites anciennement par Bartholin, Theden, Sydenham, lequel recommandait l'emploi des boissons froides et l'exposition à l'air frais, Giannini, etc. A l'article bains du *Dict. de méd. et chir. pratiques*, M. Oré cite le cas d'une variole traitée par l'immersion prolongée. Hébra, dans son *Traité des maladies de la peau* (t. I, p. 267), recommande les douches froides dans la variole; il en est de même du docteur Konig qui, dans le journal *Aerzliches Correspondenzblatt für Bœhmen* (n° 12, 1874), affirme avoir obtenu les meilleurs résultats de la pratique suivante : Dès que le diagnostic est certain, il fait placer le malade dans une chambre dont la température est maintenue à 18 et 19°; il fait pratiquer d'heure en heure des lotions

avec une éponge plongée fréquemment dans l'eau à 12° ; quand la suppuration commence, il remplace l'eau à 12° par de l'eau à 35°; enfin, il fait prendre en même temps, deux ou trois fois par jour, un bain de quinze à vingt minutes et à 35°.

Curschmann, de Berlin (in *Encyclopédie médicale de Ziemssen*), affirme que toutes les méthodes employées jusqu'à ce jour sont inférieures à l'usage des applications froides. L'emploi des bains frais n'est utile que dans la période d'éruption ou dans le stade initial; dans la période de suppuration, il pense que les bains ne sont pas favorables, au contraire, parce que les malades ne peuvent être suffisamment séchés. Dans ces cas, on se bornera à l'application de compresses humides sur le tronc.

Les applications de compresses glacées sur la face, les mains, et sur tous les points où l'éruption est confluente, amoindrissent les douleurs, le gonflement et la rougeur de la peau.

Les observations de M. Clément portent sur deux ordres de faits : d'une part, les varioles cohérentes ou confluentes traitées par les moyens ordinaires et qui ont donné, sur 10 cas, 8 morts; d'une autre part, les varioles traitées par le froid. Or, contrairement à Curschmann, l'application du froid ne trouve pas son indication pendant la période d'éruption qui constitue rarement un péril pour le malade, mais plutôt dans la période de suppuration qui, au contraire, est pleine de dangers. Sur 16 varioles traitées ainsi, l'auteur a eu seulement 2 morts.

Le premier effet produit sur les varioleux par les bains, est de faire tomber la température d'une façon brusque de plusieurs degrés. Dans un cas, après un seul bain, la défervescence a été de près de 4°. Cette action pourrait avoir de graves inconvénients si l'on employait d'emblée les bains à une température trop basse. Dans la fièvre typhoïde, on n'observe pas de chute aussi rapide de la courbe thermique; et pour M. Clément, la cause de ce phénomène remarquable est dans l'état de la circulation cutanée des varioleux : « Autour des boutons, il y a toujours une fluxion très-intense, et les capillaires dilatés présentent une grande masse de sang, une plus grande surface à la réfrigération qui, dès lors, s'opère avec plus de rapidité que dans la dothiénentérie. »

Pendant les trois premières heures qui suivent le bain, la température reste stationnaire ou s'élève peu. De la troisième à la cinquième heure, la chaleur s'élève de 1°2 à 1°5 environ. Le bain laisse donc au malade le bénéfice d'une période d'apyrexie plus longue que dans la dothiénentérie, d'où la possibilité de n'administrer des bains qu'à des intervalles plus éloignés.

Sous l'influence du bain, le délire diminue ou cesse, les respirations sont moins fréquentes, le pouls peut tomber de 120 à 84; l'éruption est modifiée favorablement; les boutons deviennent plus volumineux, plus pleins, et pendant la suppuration, la teinte des pustules est plus opaline, comme s'il se faisait entre leur contenu et l'eau du bain un échange osmotique qui opérerait un lavage indirect de l'intérieur des pustules. En éliminant ainsi les produits septiques renfermés dans les pustules, on tarit les sources les plus vives de la fièvre de suppuration. On peut dès lors ajouter à l'eau du bain des substances antiseptiques. — Enfin, l'emploi des bains n'amène, pas plus que par les méthodes ordinaires, la production de furoncles ou abcès pendant la convalescence.

Les bains doivent être employés dans les varioles cohérentes et confluentes à la période de suppuration. Ils paraissent inutiles à la période d'éruption qui, d'après M. Clément, ne constitue pas un péril pour les malades, puisque, dès que l'éruption s'est faite, la température s'abaisse, et les phénomènes généraux diminuent. Les premiers bains doivent toujours être à 25 ou 28°; il faut les répéter plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, suivant les indications du thermomètre.

Ce travail renferme plusieurs observations de guérisons de varioles confluentes ou cohérentes, de varioles hémorrhagiques traitées par la méthode de Brand.

Or, à ce sujet, nous dirons pour notre part : que les varioles vraiment confluentes, celles qui offrent le type si bien décrit par Sydenham, et reproduit par Trousseau (*Clinique méd.*, tome Ier) ou confirmé par les recherches si consciencieuses d'un savant maître, M. Desnos (voyez UNION MÉDICALE, 1870, *Sur le diagnostic, le pronostic, la thérapeutique de quelques-unes des principales formes de la variole*, etc.), guérissent *très-exceptionnellement*; et que, parmi les varioles hémorrhagiques, il faut faire, au point de vue du pronostic, une distinction entre les varioles hémorrhagiques d'emblée et les varioles hémorrhagiques secondaires. (Extrait du *Lyon médical*, nos 5, 6, 7, 1877.) — H. H.

Éphémérides Médicales. — 11 Aout 1850.

Kirby meurt à Barhansuffilk. Les amateurs d'entomologie connaissent bien ce savant, qui a laissé sur cette science si attachante des ouvrages fort importants. — A. Ch.

FORMULAIRE

Pommade de chloral. — Horand.

Hydrate de chloral. . . . . 0 gr. 20 centigr.
Axonge . . . . 30 grammes.

F. s. a. une pommade, conseillée contre les dermatoses humides et démangeantes. — N. G.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 7 août 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et sur l'avis conforme du Conseil de l'ordre, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : M. le docteur Hervieux, médecin de l'hospice de la Maternité, en exercice depuis 16 ans ; 20 ans de services comme médecin des hôpitaux. Membre de l'Académie de médecine. Auteur de plusieurs ouvrages scientifiques très-estimés. — M. le docteur Molland (Jacques-Louis), médecin de l'hôpital Saint-Antoine et de la Société de secours mutuels du IVe arrondissement de Paris; 25 ans de services. A obtenu plusieurs médailles, dont une pour sa belle conduite lors de l'épidémie cholérique de 1849. S'est également distingué pendant la guerre, en soignant les militaires varioleux recueillis à l'ambulance de la Pitié. — M. le docteur Fuzier (François), directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Bassens (Savoie) ; 25 ans de services.

— Par décret en date du 7 août 1877, le Président de la République française, sur la proposition du ministre de la guerre, vu l'avis du Conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur, a promu ou nommé les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Pauly (Charles-Pierre), médecin principal de 1re classe des hôpitaux de la division d'Oran, chevalier du 8 décembre 1859 ; 32 ans de services, 23 campagnes. — M. Delune (Charles-Abel), médecin-major de 1re classe au 85e régiment d'infanterie, chevalier du 21 septembre 1854 ; 30 ans de services, 13 campagnes.

Au grade de chevalier : M. Beltz (Sévère-Léon), médecin-major de 2e classe au 114e régiment d'infanterie ; 19 ans de services, 7 campagnes. — Deslande (Adrien-Pierre), médecin-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran ; 20 ans de services, 7 campagnes. — Gaumé (Louis-Marie-Jean-Dominique), médecin-major de 2e classe au 118e régiment d'infanterie ; 18 ans de services, 9 campagnes. — Roqueplo (Antoine-Victor-Henri), pharmacien-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Alger ; 21 ans de services, 15 campagnes.

— Par décret en date du 9 août 1877, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et après avis conforme du Conseil de l'ordre, en date du 6 août 1877, ont été promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Stoltz (Joseph-Alexis), doyen de la Faculté de médecine de Nancy; officier depuis 1865, 50 ans de services.

Au grade d'officier : M. Hillairet, médecin du lycée Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine; chevalier du 14 août 1861.

— Par décret en date du 7 août 1877, rendu sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce, et conformément à l'avis du Conseil de l'ordre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier : M. Baillarger (Jules-Gabriel-François), membre de l'Académie de médecine ; 32 ans de services dans les hôpitaux. Rapporteur de la commission du goître et du crétinisme. Chevalier du 18 juillet 1849.

Au grade de chevalier : M. Bouvyer (Jules-Savinien), médecin consultant à Cauterets (Hautes-Pyrénées), ancien médecin des épidémies à Dreux; plus de 20 ans de services. Services rendus pendant la guerre de 1870-1871. — M. Lalagade (Paul-Désiré), médecin-vaccinateur à Albi, secrétaire du Conseil d'hygiène du département du Tarn; 30 ans de services publics et gratuits. Lauréat de l'Académie de médecine; a obtenu diverses médailles pour services rendus à la propagation de la vaccine.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort du docteur Pigeaux, né à Senlis en 1807, mort à Paris le 14 juillet dernier. Pigeaux était connu pour ses travaux sur les *maladies du cœur*.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital des Enfants-Malades

DU CROUP (1)

Conférences cliniques par M. le docteur ARCHAMBAULT.

La trachéotomie ne s'adresse qu'à la dyspnée, qu'à l'asphyxie par le larynx, et on ne doit la pratiquer que quand on a la certitude que l'obstacle principal à l'entrée de l'air siége au larynx. Ce dont on a des signes précieux dans les troubles qui constituent les phénomènes complexes du *tirage*. C'est là la véritable indication de la trachéotomie. Mais à quelle époque, à quel moment de la maladie convient-il de la pratiquer? Il n'est pas suffisamment précis de parler de trachéotomie faite à la période ultime; ou pratiquée de bonne heure. Cette dernière expression a prêté aux interprétations les plus fausses; ainsi le professeur Vogel, de Dorpat, dans un manuel sur les maladies de l'enfance tout récent, semble croire qu'en France un certain nombre de médecins opèrent le premier ou le second jour du croup. Or, jamais l'indication d'opérer ne ressort du temps écoulé, mais exclusivement de l'intensité des symptômes dyspnéiques ou asphyxiques actuels.

On a dit que plus tôt la trachéotomie était pratiquée, plus on avait de chances de guérir. C'est là, Messieurs, une phrase qui n'est pas assez explicative, et capable de provoquer à faire une opération dont on eût pu se dispenser. M. Millard, qui est partisan de l'opération faite de bonne heure, veut qu'on n'intervienne qu'au début de la période asphyxique, alors qu'il n'existe plus de doute sur l'issue fatale réservée au malade; ce dont témoignent la dyspnée constante et par accès, le tirage et un léger commencement de cyanose.

Un praticien a dit récemment, dans une Société de médecine, qu'il fallait opérer dès le premier accès de suffocation. Je pense que c'est là une doctrine dangereuse dont l'application conduirait à opérer des enfants qui n'auraient pas le croup, et pourraient guérir par les soins médicaux. Vous avez vu ce matin un enfant qui, guéri d'une rougeole, a eu la toux et la voix croupales, puis un accès de suffocation et du tirage; si bien qu'on pouvait croire chez lui à un croup ayant débuté par le larynx, bien qu'il n'en fût probablement rien, puisque l'enfant a guéri sans rejet de fausses membranes. Vous avez eu un fait du même ordre avec une laryngite qui a donné lieu aux mêmes symptômes simulant un croup arrivé à une période avancée, et qui nous avait été adressé en prévision de la nécessité où on serait de l'opérer; cet enfant a guéri sans avoir rejeté de fausses membranes, et sans qu'à aucun moment on en eût vu dans l'isthme du gosier. Leur existence dans ce siége eût-elle autorisé à opérer aussitôt après le premier accès de suffocation? Non, suivant moi; mais elles auraient, jusqu'à un certain point, justifié l'intervention chirurgicale en démontrant, à peu près, l'existence d'un croup vrai. Mais, même dans ce cas, où seulement on peut soutenir la proposition énoncée plus haut, je trouve l'intervention chirurgicale, après le premier accès de suffocation, hâtive et non suffisamment justifiée, attendu que rien ne prouve l'impossibilité de la guérison spontanée.

Ces restrictions faites, je me déclare, avec M. Millard, partisan de l'opération pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire au début de la période asphyxique, alors qu'à l'extinction de la voix et de la toux viennent se joindre la dyspnée permanente et par accès, du tirage et des signes de stase sanguine dans les capillaires.

Pratiquée à ce moment de la maladie, l'opération a donné à M. Millard 13 guérisons sur 23 opérés. Toutefois, comme vous ne serez pas toujours libres de choisir votre temps pour intervenir, il est bon de vous rappeler une phrase que j'ai fait imprimer, et dont la justesse me paraît toujours la même : « *Il n'est jamais trop tard pour opérer, tant qu'il n'y a pas positivement mort* », et de vous dire que 53 opérations faites *in extremis*, à la fin de la période asphyxique, alors que les enfants allaient mourir, m'ont donné 17 guérisons.

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 24 juillet et 2 août.

Mon collègue, M. Bouchut, s'élève contre la trachéotomie faite de bonne heure, et a écrit les deux aphorismes suivants : « Tant que l'anesthésie n'accompagne point le croup, l'asphyxie n'est pas imminente, et il n'y a pas dans les voies respiratoires d'obstacle considérable à l'hématose. »

« Ouvrir la trachée d'un enfant atteint de croup avant l'apparition de l'anesthésie, c'est faire une opération inutile, parce que l'on combat une asphyxie qui n'existe point. »

Le mot asphyxie est employé ici dans un sens qui n'est pas le sien. L'asphyxie n'est point un acte instantané, ce n'est point un phénomène ayant toujours la même intensité; il y a, au contraire, des degrés dans l'asphyxie, et dire que celle-ci n'existe pas parce que l'anesthésie ne s'est pas encore produite, n'est point exact. L'asphyxie est plus avancée quand se montre l'anesthésie qu'avant l'apparition de celle-ci, mais déjà elle existait.

Je vous engage à ne point attendre aussi tard quand vous pourrez faire autrement, et à intervenir lorsque existent les conditions précédemment indiquées, et surtout quand il est bien démontré que la cause de la dyspnée et des symptômes asphyxiques siége dans le larynx.

Lorsque j'ai commencé à pratiquer cette opération, à Paris même, on éprouvait une certaine résistance de la part des familles; maintenant il n'en est plus ainsi, c'est le contraire; il m'arrive quelquefois de refuser l'opération que je juge inutile et qui m'est demandée avec instance. En province, il faut le reconnaître, les choses n'en sont point là. C'est la résistance qui domine encore, et elle vient de deux côtés, des parents et de la part de confrères instruits. Dans ces conditions, vous ne pourrez opérer au moment le plus opportun, et vous ferez sagement d'attendre que l'entourage soit convaincu de l'inutilité des soins médicaux. Voici un fait qui m'est personnel et qui donnera une idée exacte de la situation dans laquelle vous pourrez vous trouver :

Un enfant de 11 ans, soigné par MM. Blache et Gendrin pour une angine couenneuse, puis pour le croup, fut trouvé si gravement malade le soir du cinquième jour, que M. Blache le déclara perdu, à moins qu'on ne fît l'opération de la trachéotomie qu'il conseillait, en me désignant pour la pratiquer. A minuit on me demanda, et je trouvai l'enfant dans des conditions de dyspnée laryngée qui indiquaient l'opportunité de l'opération. Le péril n'était pas imminent, toutefois, et la famille, sans s'opposer formellement, avait une très-grande répugnance contre l'opération; répugnance, qui venait du manque de foi exprimé par l'un des médecins traitants dans l'efficacité de l'intervention chirurgicale, encore suspecte au plus grand nombre. J'attendis, tout en faisant prévenir mon collègue, le docteur E. Labbé. A trois heures et demie du matin, le père, qui se rendait très-bien compte de la situation, voyant que son fils allait passer, me dit : Faites! je vous l'abandonne, et il se retira dans une autre pièce de l'appartement. Tout était prêt; l'opération fut pratiquée au plus vite, avec la seule assistance de M. Labbé et de la religieuse; de plus nombreux aides étaient d'ailleurs inutiles. L'enfant était si inerte et si insensible que je l'opérai comme si c'eût été un cadavre. Cet enfant d'alors est aujourd'hui un jeune homme.

Si dans cette circonstance j'ai attendu aussi tard, c'était pour éviter à la trachéotomie le reproche d'avoir aidé au dénoûment fatal s'il était survenu. En laissant les choses arriver à l'extrême, mon intervention ne pouvait plus être accusée, malgré l'opinion défavorable émise par une autorité médicale. Il se trouvera que votre situation sera la même, et il est bon que vous sachiez que l'abstention jusqu'au dernier moment ne compromet pas absolument le succès. Le plus grand inconvénient qu'il y ait à attendre aussi tard, c'est que l'enfant peut succomber avant votre arrivée, et que la mort, pendant l'opération, peut se produire facilement, si les choses ne vont pas tout droit, surtout chez les très jeunes enfants.

Ce qu'il faut éviter de faire, c'est d'opérer quand la dyspnée laryngée passe au second plan, et que la gêne respiratoire provient surtout de la bronchite capillaire, ou de la broncho-pneumonie. Dans ces cas, il n'y a que peu ou pas de tirage; les

inspirations sont nombreuses, comme je vous l'ai dit, plutôt que difficiles; le pouls est fréquent, la température élevée, etc. Si la trachéotomie apporte un soulagement, il n'est que momentané et minime. Je pense qu'il ne faut pas compromettre une opération aussi précieuse que la trachéotomie, lorsque l'intoxication diphthéritique est manifeste; que ses manifestations sont multiples; et surtout, lorsque les symptômes laryngés ont été précédés d'une angine maligne à marche rapide. En se basant sur cette donnée qu'en pareil cas on ne compromet rien qui ne soit perdu d'avance, on en est arrivé à ne plus trouver de contre-indications, ce qui est aller trop loin.

Le bas âge ne constitue pas une contre-indication formelle, puisqu'on pourrait réunir un bon nombre de cas de guérison chez des enfants de 12 mois à 2 ans, mais il n'est pas contestable que ce soit là une condition défavorable; de plus, il existe d'autres conditions mauvaises, comme des manifestations multiples de diphthérie, un mauvais état général, des signes de bronchite ou de broncho-pneumonie; il sera sage et humain de s'abstenir.

Le croup secondaire à la scarlatine, à la rougeole ou à une fièvre typhoïde, offre en général peu de chance de succès, soit par le traitement médical, soit par la trachéotomie; mais cette condition n'est pas une contre-indication formelle, comme l'avait cru Trousseau pendant un temps. Elle a permis la guérison dans un certain nombre de cas, peu nombreux il est vrai. J'ai opéré un certain nombre de croups survenus après la rougeole et deux ont guéri.

Vous voyez, Messieurs, que, contrairement à une manière de voir qui tend à appliquer la trachéotomie à tous les croups arrivés à la période asphyxique, sans distinction et sans tenir compte des diverses conditions, je pense qu'il y a des cas où il est mieux de s'abstenir. Mais, sauf dans ce petit nombre de circonstances que j'ai essayé de déterminer, ce sera pour vous une obligation morale, une obligation de conscience médicale de ne pas laisser mourir un enfant confié à vos soins, sans avoir essayé pour lui de cette ressource suprême qui donne actuellement, dans presque tous les pays, une guérison sur 3 1/2 ou 4 opérés. Connaissant ce qui se passe, vous seriez véritablement coupables de ne pas agir, ou de ne pas appeler à votre aide, si vous ne vous êtes pas mis en mesure de pouvoir pratiquer vous-mêmes l'opération.

J'insiste sur cette obligation, parce que je sais de source certaine qu'il existe des localités importantes, voire même des chef-lieux de préfecture, où, le plus souvent, on laisse l'asphyxie se terminer par la mort, sous prétexte que la trachéotomie est une ressource trop incertaine. D'après les statistiques que je vous ai citées et ce que vous voyez se passer ici journellement, vous ne pourrez agir ainsi, et vous serez, dans les localités où vous irez exercer, les propagateurs de la trachéotomie contre le croup arrivé à la période asphyxique; car je pense qu'il est résulté pour vous, de tout ce que nous avons dit, la conviction qu'il s'agit ici d'une opération d'urgence, que tout médecin doit être en état de pratiquer, au même titre que celle de la hernie étranglée, par exemple.

Il ne me reste plus qu'à vous parler du manuel opératoire et des soins consécutifs.

(A suivre dans un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE

LES BAINS FROIDS ET L'HYPERTHERMIE;

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 9, 23 mars et 13 avril 1877,

Par le docteur Ferrand, médecin de l'asile des Incurables.

III. L'hyperthermie constitue-t-elle une indication thérapeutique?

Oui, je le répète, quand la chaleur sensible du corps s'élève, quand surtout elle s'élève à un point voisin de celui que nous savons être incompatible avec la persistance de son activité et de son organisation, il y a lieu de prendre en lui-même ce

fait physique de l'hyperthermie et de s'attaquer directement à lui, pour en modérer l'essor, ou tout au moins pour en atténuer les conséquences.

Mais, en faisant cela, qu'a-t-on fait? — On ne saurait se dissimuler qu'on ne s'est attaqué qu'à un fait physique élémentaire, résultat brut d'une série d'actes organiques complexes.

Sans doute, je suis d'avis, autant que quiconque, qu'il n'est pas de fait pathologique, si élémentaire qu'il soit, qui ne puisse devenir la source d'une indication, non-seulement en lui-même, mais par les conséquences qu'il peut avoir; parce que, en raison de l'harmonie sympathique des organes et des fonctions de l'être vivant, il n'est aucune de ces fonctions dont l'exagération, même passagère, ne puisse troubler sérieusement l'économie de toutes les autres.

A ce titre, l'hyperthermie forme une indication thérapeutique positive. Mais, pour tenir chaque chose à sa place et à son rang, il faut attaquer l'hyperthermie comme un résultat de l'évolution pathologique, et non comme une cause.

On n'attribuera pas, en effet, l'hyperpyrexie à l'hyperthermie; mais, comme certains auteurs arrivent volontiers à confondre ces deux choses, on me permettra d'insister sur la distinction que l'on doit conserver entre elles. Que la chaleur soit le meilleur signe de la fièvre, qu'elle en soit la mesure, voilà ce qui est vrai dans la grande majorité des cas. Mais cela ne suffit pas pour que l'on confonde ces deux choses, au point de n'en faire qu'une, et de croire que, en combattant l'une, on s'attaque à l'autre. En effet, toute chaleur n'est pas fébrile, ainsi que l'a dit Virchow lui-même, et, en admettant qu'il ne soit pas possible de rencontrer de la fièvre sans qu'il y ait élévation de température, il est certain qu'on voit souvent de l'élévation de température sans fièvre.

Or, la chaleur animale, qui, dans l'état normal, est surtout le résultat des combustions se produisant naturellement au sein de l'économie, dans l'état de fièvre, s'élève, par le fait de l'augmentation de ces combustions, à un taux pathologique. C'est, du moins, ce que nous en savons de plus clair. Si la chaleur pouvait être la cause de la fièvre, on verrait celle-ci s'allumer, et les altérations qu'elle provoque se produire sous l'influence des milieux à température élevée. C'est le contraire qui arrive : les combustions diminuent chez les animaux que l'on plonge dans de semblables milieux (Valentin, Letellier). La chaleur ne caractérise donc la fièvre que comme un résultat caractérise sa cause spécifique. En un mot, ce n'est pas la chaleur qui fait la fièvre, c'est la fièvre qui fait la chaleur.

Je n'entreprendrai pas de nier ici les effets singuliers qu'on a attribués à l'hyperthermie. Ceux qu'elle me paraît surtout capable de produire, ce sont les accidents nerveux, les phénomènes de délire en particulier; je crois même que ces effets bien connus pourront un jour se classer, comme ceux de beaucoup d'intoxications, sous la rubrique d'*encéphalopathies thermiques*, et se diviser en formes distinctes, selon que prédominera, dans leur expression, telle ou telle perturbation fonctionnelle élémentaire.

Mais en est-il de même de ces altérations musculaires, de ces dégénérescences cardiaques, que l'on a cru pouvoir attribuer à l'hyperthermie? — Non; rien ne prouve, à ce sujet, que les lésions décrites lui appartiennent en propre. Tout, au contraire, porte à croire que ces lésions appartiennent à la condition même de la fièvre, plus qu'à la fièvre elle-même; en tout cas, il est bien certain aujourd'hui, contrairement à ce qu'on avait pensé d'abord, que ces lésions n'ont rien de spécifique.

L'hyperthermie résultant des combustions organiques interstitielles, au moins en grande partie, n'est que l'effet de la fièvre; et, en attaquant l'hyperthermie, on ne combat pas la fièvre, encore moins la maladie dont la fièvre est le symptôme.

Que diriez-vous, Messieurs, d'un médecin qui prétendrait guérir le choléra en s'attaquant à la diarrhée, ou plutôt aux matières diarrhéiques? Soustraire ces matières à l'économie peut sans doute lui être utile; mais ce qui importe avant tout, c'est d'en tarir la source; mieux vaut encore supprimer le trouble nerveux qui donne lieu à cette excessive hypercrinie; et ce qui vaudrait mieux encore, serait d'atteindre

la condition septique ou infectieuse d'où découle toute l'évolution de la maladie. Il en est de même de la chaleur dans la fièvre. Ce qui importe, ce n'est pas tant de soustraire la chaleur produite; cela peut être utile, sans doute; mais, comme il est utile de faire évacuer un produit de sécrétion quelconque. Ce qu'il faut, c'est de tarir la source de cette chaleur, c'est d'atteindre la cause du mouvement de dénutrition exagérée, dont la chaleur est la conséquence.

La médication antithermique ne s'attaque qu'à la chaleur morte, à laquelle l'économie rend sa liberté pour la rejeter au dehors; faciliter cette issue, c'est faire quelque chose de bon, je le veux bien; mais ce n'est rien moins qu'une médication héroïque, parce qu'il n'y a là rien de spécifique. Puisque la chaleur n'est pas l'agent spécifique de la fièvre, la médication antithermique ne saurait en être la médication spécifique, et, quelque rapport qu'il y ait entre la fièvre et l'incendie, cet incendie, il faut l'éteindre. Mais que penserait-on, je vous le demande, de ceux qui, renonçant à atteindre le feu lui-même, se contenteraient de lui soustraire ou d'annihiler la chaleur qu'il développe autour de lui?

Tel est cependant le seul but auquel puisse prétendre la médication réfrigérante. Nous allons voir maintenant comment elle se propose de l'atteindre.

(La suite à un prochain numéro.)

MÉTÉOROLOGIE

DU ROLE DES ÉLÉMENTS MÉTÉOROLOGIQUES, ET EN PARTICULIER DES IRRÉGULARITÉS DE RÉPARTITION DES PLUIES, DANS LE DÉVELOPPEMENT SAISONNIER DE LA FIÈVRE TYPHOIDE;

Note présentée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 8 juin 1877,

Par M. le docteur Rémy LONGUET, médecin aide-major de l'armée.

Les travaux de Murchison en Angleterre, en France les rapports trimestriels de M. Ernest Besnier, ont démontré la fréquence dominante de la fièvre typhoïde au début de l'automne, et la tendance prononcée des épidémies à affecter cette même époque de l'année. Est-il possible de rapporter la cause de cette préférence à un ou à plusieurs des éléments météorologiques constitutifs de cette saison ou de la saison précédente, et surtout peut-on expliquer les recrudescences de fièvre typhoïde par les anomalies de ces conditions cosmiques? Tel est l'objet de cette étude.

Lorsqu'on veut sortir de l'énoncé des conditions banales et souvent contradictoires invoquées par les observateurs à ce sujet : étés humides et frais (Griesinger) en même temps qu'hivers humides et chauds; chaleurs précoces et soutenues, hivers tardifs (Gueneau de Mussy); temps humide et chaud, ou étés secs et brûlants (Murchison); chaleurs, sécheresses exceptionnelles (E. Besnier, été de 1876); lorsqu'en même temps on consulte les tableaux météorologiques en regard de la courbe correspondante de la maladie, il n'en paraît pas jaillir de prime abord une vive lumière.

Il n'est pas possible, selon nous, de trouver dans les écarts insignifiants présentés par les températures mensuelles moyennes des années 1868, 1869, 1874 et 1876, d'une part, et les fièvres typhoïdes de l'autre, des motifs suffisamment fondés d'attribuer aux influences thermométriques isolées une part quelconque d'intervention dans les fluctuations annuelles de la maladie. En 1868 (mortalité presque maxima : 353 décès, la moyenne pour 8 années étant de 297 décès), pendant l'été, la courbe s'est tenue, il est vrai, constamment au-dessus de la moyenne : c'est une circonstance bonne à retenir, mais dont la portée s'atténue sensiblement quand nous voyons 1874, avec une mortalité minimum (235 décès) s'écarter encore davantage de cette ligne thermique.

Dira-t-on que la moyenne d'un lieu donne une idée incomplète des conditions thermométriques qui le régissent, en ce qu'elle ne fait pas mention des écarts, très-prononcés peut-être, balancés dans une demi-somme, susceptibles cependant d'impressionner très-vivement l'économie?

Eh bien! le rapprochement des courbes des températures maxima et minima observées pendant les années 1872, 1873, 1874, 1875 et 1876, ne donne encore matière à aucun enseignement. Le souvenir des ardeurs de l'été dernier est présent à l'esprit de tous. Les expressions de caniculaires et de tropicales étaient dans toutes les bouches : les chiffres montrent combien

il se faut défier, en pareille matière, des impressions subjectives qu'on est toujours porté à s'exagérer, par suite de l'absence d'un terme de comparaison, et l'impossibilité, en conséquence, de rattacher l'épidémie de 1876 aux chaleurs exceptionnelles de l'année. La moyenne des maxima de l'été de 1876 est inférieure de quelques dixièmes de degré à celle de l'été de 1874 (mortalité minima); ses chaleurs n'ont été ni plus tardives ni plus continues. Il résulterait de ces tracés, si l'on devait faire quelque cas d'aussi faibles différences, que l'année 1874, la plus favorisée pour l'état sanitaire, s'est signalée par une température à la fois moins constante et chaude. C'est assez dire qu'il faut chercher dans une autre voie les éléments d'une solution.

D'autre part, il est facile de constater, à la lecture des chiffres fournis par l'observatoire de Montsouris, qu'on ne saurait établir la moindre relation entre la quantité absolue d'eau pluviale de chacune des années de la période 1867-1876 et les variations de la mortalité typhoïde dans la même série. En 1868, par exemple, où la hauteur des pluies atteint précisément le chiffre moyen, 512 millimètres, le mouvement des entrées et la mortalité typhoïde sont au maximum; en 1876, avec 515 millimètres de pluie annuelle, la fièvre typhoïde a une fréquence excessive. Il est vrai qu'ici la recrudescence estivo-automnale, par ses proportions, dépasse ce qu'on est en droit d'attendre de l'influence des seules conditions atmosphériques, et atteste des causes étrangères. Mais 1874, avec le même régime pluvial (507 millim.), présente une mortalité minima (235 décès, 1,080 entrées).

On est frappé, en revanche, de la physionomie particulière de chacune des courbes annuelles qui, alors même qu'elles donnent des sommes de pluie sensiblement égales, présentent dans les mouvements, dans le dessin de la ligne brisée, des différences assez notables pour mériter l'attention.

Pour aller au delà de ce qu'enseigne la simple impression fournie par la vue, il faut chercher à mesurer, à chiffrer l'étendue de ces oscillations. Sans doute, il existe un procédé mathématique, posant avec une rigueur scientifique les règles de cette évaluation, déterminant, en un mot, l'équation de cette courbe; pour nous, il nous a semblé que le développement en longueur de la ligne oscillante donnerait les éléments de cette solution, dans la limite d'exactitude qu'il nous suffit d'atteindre.

Reportant donc sur une droite les tronçons de la ligne brisée correspondant à chaque année, ou les mesurant sur le tracé même à l'aide d'une commune mesure, le centimètre par exemple, et en faisant la somme arithmétique, nous trouvons les chiffres suivants, représentant respectivement l'amplitude des oscillations pour chacune des années.

1868	358 décès	=	85,1	1875	279 décès	=	58,6
1869	368 décès	=	80,2	1867	316 décès	=	39,5
1871	305 décès	=	75,4	1874	235 décès	=	39,1
1872	326 décès	=	67,8				

Il convient, avons-nous dit, de faire abstraction, pour un moment, de 1876, dont le mouvement épidémique si intense accuse évidemment des influences extra-météorologiques; les autres années se classeront ainsi qu'il précède, par rapport à ce qu'on pourrait appler l'*équivalent d'oscillation des eaux pluviales*.

Il résulte de ce tableau ce fait très-remarquable, à savoir, que les années 1868 et 1869, auxquelles se rapportent les chiffres de mortalité maxima de la série, présentent également les chiffres maximas d'oscillations pluviales; au contraire, 1874 offre des deux parts des chiffres minima : 235 décès, équivalent d'oscillation = 39,1. Les autres années, à mortalité intermédiaire, présentent également des chiffres d'oscillation intermédiaires aux précédents.

L'année 1876, elle-même représentée par le chiffre assez élevé 67,2, montre que du fait de cette cause météorologique, elle se classait dans la catégorie des années à mortalité au-dessus de la moyenne, et présentait, en conséquence, un terrain bien préparé pour subir l'influence des causes épidémiques étrangères.

Au reste, ce serait dépasser la portée d'enseignement qui ressort de ces faits que de prétendre conclure à une proportion mathématiquement nécessaire et constante entre ces deux termes : intensité du mouvement saisonnier de la maladie, irrégularité du régime des eaux pluviales.

Il nous suffit d'avoir démontré, ce que nous croyons avoir fait, que celles-ci donnent la clef des variations numériques annuelles de la fièvre typhoïde, en tant qu'affection saisonnière; d'autres facteurs, déterminants ceux-là, peuvent sans doute à eux seuls faire naître de véritables épidémies.

Ce résultat n'a pas lieu de nous surprendre : les eaux pluviales sont l'origine principale, sinon unique, de la couche d'eau souterraine, qui a acquis, depuis les travaux de Pettenkofer, la réelle importance que l'on sait dans l'étiologie de diverses maladies infectieuses; les cours

d'eau qui concourent à l'entretien de son niveau ne sont eux-mêmes que le trop plein de cette nappe, déversé plus ou moins loin du lieu observé.

L'étude des variations de la couche souterraine est encore à faire dans le sous-sol parisien, nul doute qu'entreprise dans les conditions réclamées par M. Vallin dans un article très-remarqué (1), elle ne vienne donner une sorte d'appui en retour aux conclusions précédentes; mais au cas même où, par suite de conditions géologiques spéciales, cette dépendance ne trouverait pas sa vérification, le fait signalé n'en demeurerait pas moins acquis dans toute sa vigueur.

Quel est donc le mode d'action intime de la nouvelle cause étiologique introduite par Pettenkofer?

Après avoir admis l'infection de l'eau des boissons par les eaux d'infiltration, infection d'autant plus grande que la couche du sol était plus épaisse, plus riche en détritus organiques, et que l'abaissement de la nappe souterraine était plus marqué, Pettenkofer finit par renoncer, pour Munich, à cette facile hypothèse, reprise aujourd'hui par d'autres.

Or, ce n'est pas à Paris que cette opinion se peut relever; à Paris, où la distribution de l'eau de Seine, qui pourrait être la plus incriminée, n'entre guère que pour un dixième dans la consommation totale, et où l'eau de puits est presque absolument bannie de l'alimentation.

L'influence du sous-sol sur l'état sanitaire parisien doit donc être recherchée dans un autre ordre de causes; les substances organiques recélées dans la profondeur du sol, les matières en décomposition trouveraient dans l'humidité fournie par la nappe souterraine des conditions favorables à la multiplication des éléments infectieux nés sur place ou importés, agissant probablement comme gaz délétères.

Par analogie avec ce qui se passe sous nos yeux pour l'élaboration du miasme paludéen, dont le pouvoir nocif s'exalte par les alternatives de dessèchement et d'imprégnation des surfaces marécageuses, il convient d'attribuer le rôle important dans la préparation des principes typhogènes, moins à l'abaissement absolu ou à l'élévation de la nappe souterraine qu'à la fréquence et à l'étendue des oscillations. N'est-ce pas déjà le résultat auquel nous sommes arrivé, en établissant la constance du rapport entre l'irrégularité de la courbe pluviale et l'intensité de l'exacerbation saisonnière?

Mais ce n'est pas au rôle d'*affluent*, pour ainsi dire, de la nappe souterraine, qu'on doit limiter l'importance étiologique des variations des hauteurs pluviales. Au point de vue géologique, la proposition pourrait manquer de justesse, mais, en outre, cet autre facteur nous paraît d'une portée plus générale.

L'étude de la nappe souterraine proprement dite, pour certaines formations géologiques, nous paraît sans importance ou insuffisante, par exemple quand il s'agit du quartier du Panthéon, séparé par les catacombes de la nappe souterraine; il conviendrait de lui substituer, comme formule plus générale, l'étude des *conditions physiques du sous-sol* (perméabilité, constitution physique, puissance d'évaporation, rapports avec la nappe d'eau souterraine, etc.), s'étendant depuis la surface jusqu'aux limites de l'imbibition par les pluies, territoire comprenant (comme à Munich) ou non cette nappe de Pettenkofer, dont toute l'importance étiologique gît dans cette distinction.

En résumé, le principe typhogène, incontestable, est recélé dans les couches profondes du sol (transsudation des égouts, voisinage des fosses d'aisances, etc.). D'une façon invariable, il acquiert chaque année, à la fin de l'été, un surcroît d'activité, révélé par l'exacerbation constante de la maladie à cette époque.

Dans beaucoup de cas, la nappe d'eau souterraine, en apportant ou retirant tour à tour un élément indispensable, favorise l'éclosion ou la reproduction des germes; l'étendue plus ou moins accentuée de ses oscillations règle les proportions du roulement saisonnier.

Toutefois, quand la nappe d'eau souterraine fait défaut ou bien est trop éloignée de la surface, il faut bien plutôt invoquer les variations hygrométriques du sous-sol perméable, accessible aux infiltrations pluviales.

C'est là ce qui nous autorise à affirmer la relation constante, que nous croyons avoir démontrée, entre les alternatives de fréquence et d'intensité des pluies, d'une part, et de l'autre, l'étendue du mouvement saisonnier de la fièvre typhoïde.

(1) *La fièvre typhoïde et la nappe d'eau souterraine de Paris.* (*Gazette hebdomadaire*, décembre 1876.

BIBLIOTHÈQUE

DE LA SYMÉTRIE DANS LES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le docteur Léo TESTUT. Paris, 1875; Ad. Delahaye.

S'il est un fait incontestable aujourd'hui, c'est que la pathologie générale est en voie de rénovation et de progrès rapides. Et il faut reconnaître aussi qu'elle le doit à l'école française.

Voici un travail intéressant qui nous paraît inspiré par cet esprit nouveau, et qui prend naturellement place dans la série des études récentes sur les relations du système nerveux avec un grand nombre de manifestations morbides.

Les Allemands, et Virchow en particulier, ont beaucoup *localisé*. Ils ont donné aux éléments une autonomie, une existence indépendante; ils ont trop méconnu, sans nul doute, la solidarité de toutes les parties entre elles, et leurs sympathies physiologiques ou morbides fondées sur leurs connexions vasculaires et nerveuses.

Sans vouloir détruire l'œuvre de Virchow ni contester la valeur de ses belles observations, cependant nous n'ajoutons plus une foi entière aux idées contenues dans les premiers chapitres de la *Pathologie des tumeurs*. Il s'agit maintenant, non de faire un pas en arrière, mais de nous garder de quelques exagérations; et nous tendons, en somme, à redevenir *névristes*.

Bazin nous avait montré que les maladies cutanées sont les manifestations d'états constitutionnels. On dit aujourd'hui que ces manifestations sont des troubles trophiques, placés sous la dépendance du système nerveux. De là à chercher dans ce dernier la raison des diverses diathèses, il n'y a qu'un pas.

Depuis quelque temps, les esprits les plus rigoureux, et libres d'ailleurs de tout engagement avec les théories vitalistes, restreignent de plus en plus le champ des affections purement locales. Les phénomènes *à distance*, *généralisés*, *sympathiques*, sont étudiés sous toutes leurs faces, et trouvent leur formule pathogénique, non plus dans l'hypothèse d'un principe vital, mais dans l'existence constatée de deux grands *vecteurs organiques* (Verneuil), le système nerveux et le système vasculaire.

Or, si la *généralisation*, dans un bon nombre de cas, est expliquée par les vaisseaux sanguins, un instant de réflexion suffit, à notre sens, pour prouver que le système nerveux est seul capable de produire la *symétrie*.

Telles sont les réflexions qui nous sont venues d'abord à l'esprit en lisant les premières pages du travail de notre confrère. Et, avant d'aller plus loin, nous nous demandions si ce fait de la symétrie, rattaché à l'influence trophique du système nerveux, ne serait pas aussi intéressant à étudier dans d'autres affections que les maladies cutanées. Nous pensions à certaines *diathèses des systèmes* admises par Broca, et aux faits curieux de *lipomes symétriques*.

L'auteur, du reste, a parfaitement vu que « la solidarité des régions homologues du tégument externe n'était qu'une page dans l'histoire physiologique et morbide des fibres commissurales qui conjuguent entre elles, dans toute leur hauteur, les deux moitiés latérales de l'axe encéphalo-médullaire. Cette solidarité se rencontre, en effet, avec la même netteté entre les organes pairs, entre les régions articulaires de même nom, les groupes musculaires homologues. »

Une riche collection d'observations cliniques constitue la *première partie*; c'est l'exposé pur et simple des faits.

Dans la *seconde partie*, l'auteur nous fait part de ses réflexions sur la pathogénie générale des maladies de la peau. S'appuyant : 1° sur l'examen des faits cliniques; 2° sur les données de quelques nécropsies; 3° sur les résultats fournis par la physiologie expérimentale, il cherche à démontrer qu'elles ne sont que des troubles trophiques, et qu'elles ont, en conséquence, une origine nerveuse. Puis il étudie, dans un chapitre à part, le mode d'action du système nerveux dans la production des troubles trophiques. Il adopte pleinement la théorie vaso-motrice, et pense que tous les troubles trophiques doivent se rattacher à un trouble des nerfs vasculaires, lésés soit dans leurs noyaux d'origine intra-médullaire (action directe), soit dans leurs rameaux périphériques (action réflexe). Ici nous demandons à faire de grandes réserves, car nous ne sommes nullement convaincu par les développements physiologiques de l'auteur. Tout en nous associant à sa réfutation des *nerfs trophiques* de Samuel, c'est-à-dire d'un système de fibres spécialement affectées à la nutrition, il ne nous semble pas démontré que le système nerveux n'ait pas une action *directement* trophique. La question est tranchée par l'auteur avec quelque hâte, à l'aide de faits très-capables de mettre en lumière le rôle indéniable du système vaso-moteur dans la nutrition normale des tissus, mais non de contredire l'action directe des fibres nerveuses sur les éléments anatomiques, et surtout l'importance de cette action dans la genèse des troubles trophiques. Nous lui conseillons de consulter, entre autres documents sur la question, un chapitre de la thèse d'agrégation de Dieulafoy (A. Delahaye, 1875, p. 101).

M. Testut consacre sa *troisième partie* à l'étude des conditions pathogéniques de la bilatéralité et de la symétrie dans les affections de la peau. Dans la *quatrième*, il rapporte quelques exemples de sympathie fonctionnelle et morbide entre les organes pairs.

Le travail de notre confrère, riche de faits et d'érudition, manque peut-être un peu de cette concision qui est une des qualités les plus précieuses et les plus rares des ouvrages de science. Mais il n'en reste pas moins une œuvre inaugurale très-digne d'éloges, et, pour les raisons que j'ai dites plus haut, imprégnée d'actualité.

L.-Gustave Richelot, Prosecteur à la Faculté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1877. — Présidence de M. Labric, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée et manuscrite. — Présentation d'un instrument dit *réveil électrique*, par M. Grancher, au nom de l'inventeur, M. Minière, étudiant en médecine. — Présentation d'une pièce anatomique relative à un cas de *maladie bleue ou cyanose*, par M. Labric. — *Des degrés d'anémie*, mémoire par M. Hayem. — Observation et note sur l'*efficacité des bains froids dans le rhumatisme cérébral et dans le délire alcoolique aigu fébrile*, par M. Féréol. Discussion : MM. Vallin, Labbé, Vidal. — Observation sur un cas de *maladie bronzée avec mal de Pott et tumeur du cervelet*, présentée par M. Gallard, au nom de M. le docteur Girard (de Marseille). — Présentation d'une pièce anatomique et observation sur un cas de *ramollissement ischémique du ventricule gauche du cœur*, par M. Blachez. — Présentation de pièces anatomiques et observations sur *deux cas d'affection du cœur*, par M. Millard. — Note sur le *rôle des éléments météorologiques, et en particulier des irrégularités de répartition des pluies, dans le développement saisonnier de la fièvre typhoïde*, communiquée par M. Vallin au nom de M. le docteur Rémy Longuet. — Lettres de candidature de MM. Legroux, Rendu et Gouraud, médecins du Bureau central.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Journal de thérapeutique*. — *Bulletin* de la Société de médecine de la Sarthe. — *De la cataracte*, par M. le docteur Romié (de Liége). — *Études sur les arthropathies survenant pendant le cours de l'ataxie locomotrice*, par M. Joseph Michel.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le président Empis, qui, retenu au concours du Bureau central, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Lettres de MM. les docteurs Legroux, Rendu et Gouraud, qui, nommés au dernier concours, médecins du Bureau central, sollicitent le titre de membre titulaire de la Société médicale des hôpitaux.

—

M. E. Besnier : J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Alfred Fournier, un exemplaire des Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis sur les GLOSSITES TERTIAIRES (*glossites scléreuses, — glossites gommeuses*). C'est une œuvre remarquable d'enseignement, et d'une grande opportunité, car les lésions de la langue, étudiées par M. Fournier, sont au nombre des moins connues et des plus mal interprétées par la généralité des médecins. Je ne vous donnerai pas, Messieurs, l'analyse de ce travail, qui demande à être lu par tous; l'auteur y a apporté toutes ses qualités d'observateur et de clinicien, toutes ses qualités de professeur, chargé de vulgariser la syphiligraphie en termes exacts, nets, précis.

—

M. Grancher : Messieurs, j'ai l'honneur de présenter, au nom de M. Minière, étudiant en médecine, un appareil nommé : *Réveil électrique*, composé d'une sonnerie et d'un anneau de bois. Dans une rainure creusée sur l'anneau, glisse un second anneau qui peut s'élever sous une légère pression.

Ce second anneau est destiné à être fixé sur la verge pendant le sommeil du malade. Lorsque l'érection arrive, et avant l'éjaculation, l'anneau intérieur est soulevé et met en mouvement la sonnerie électrique. Le malade se réveille et attend, pour se rendormir, que son érection soit passée.

J'ai vu un malade qui s'en est très-bien trouvé. Il souffrait depuis quinze ans de pollutions nocturnes avec érection, et sa santé s'était profondément altérée. Pâle, presque cachectique, il ne pouvait supporter aucune fatigue; le plus léger travail, une simple émotion, suffisaient pour lui donner des attaques de nerfs hystériformes. Son intelligence, sa mémoire et ses forces étaient considérablement diminuées.

Ce malade, en se servant du réveil électrique avec patience, a guéri complétement.

—

M. Labric présente une pièce anatomique recueillie chez un enfant ayant succombé à une *maladie bleue ou cyanose*. Il remet l'observation suivante :

F... (Léon), âgé de 12 ans, est entré à l'hôpital des Enfants, le 31 mai 1877, salle Saint-Jean, n° 36. Nous manquons de renseignements précis sur sa première enfance. Sa mère est morte, depuis plusieurs années, d'affection inconnue, et le père nous apprend qu'à sa naissance, l'enfant avait la teinte cyanique générale, qu'il a toujours gardée depuis lors. Jusqu'à l'âge de 3 ans, sa santé fut souvent compromise par des indispositions continuelles; depuis lors seulement, il s'est développé à peu près comme les enfants de son âge; mais il a toujours

conservé une très-grande apathie intellectuelle et physique, se livrant simplement à quelques petits travaux de ménage chez la personne qui l'avait recueilli depuis la mort de sa mère.

L'année dernière, il a été soigné, dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants, pour une tumeur blanche du genou gauche. Déjà, à cette époque, il avait des symptômes évidents d'une affection pulmonaire chronique très-avancée, et depuis lors il toussait beaucoup et dépérissait visiblement. Enfin, depuis huit jours environ, il toussait davantage, avait perdu l'appétit et ne pouvait plus quitter le lit.

A l'entrée, on est d'abord frappé de la teinte cyanique générale : il est absolument bleuâtre. Les doigts sont des types de la forme dite hippocratique; il a de la tendance au sommeil, et il faut le secouer pour en obtenir des réponses.

Cœur : A la percussion d'abord, on constate une augmentation de volume : la pointe bat en dehors du mamelon, dans le septième espace intercostal. A l'auscultation, rien à la pointe; à la base, bruit de souffle très-net au premier temps et dont le maximum est au deuxième espace intercostal gauche, contre le sternum.

Poumons : Submatité générale à la percussion; à l'auscultation, on constate d'énormes cavernes aux deux sommets, surtout à gauche. Les deux poumons sont, du reste, remplis de craquements humides dans toute leur étendue. Rien de saillant dans la cavité abdominale. La température est de 37°; le pouls est petit, fréquent, mais régulier; il bat 110 fois par minute.

Le 1[er] et le 2 juin, l'enfant a vécu difficilement; son oppression était extrême; il ne prenait qu'avec beaucoup de peine quelques gouttes de liquides, et il est mort dans la soirée du 2 juin, sans avoir présenté d'accidents particuliers : sa température s'était toujours maintenue, matin et soir, à 37°; son pouls oscillait entre 110 et 115, toujours bien régulier.

Autopsie. — *Poumons* : Hépatisation, ou plutôt infiltration grise caséo-tuberculeuse généralisée dans les deux organes. Au sommet gauche, il existe une énorme caverne en bissac; autre caverne un peu moins volumineuse au sommet droit. A l'œil nu, il était difficile d'assurer la présence de granulations tuberculeuses; mais l'examen microscopique a prouvé qu'elles existaient en grand nombre aux différentes périodes de leur développement.

Cœur : C'est un cœur à trois cavités; il n'est composé, en d'autres termes, que d'un seul ventricule sous-jacent, à deux oreillettes normales. En voici, du reste, une description détaillée : En faisant une incision à la pointe, on pénètre dans une cavité ventriculaire unique, dont les parois ont la forme d'un triangle curviligne; une seule valvule à trois valves bien distinctes s'insère à la base de cette cavité. A cette valvule, qui est légèrement rejetée sur la portion gauche du ventricule, correspond un orifice ayant les dimensions d'une ouverture auriculo-ventriculaire normale et donnant dans l'oreillette gauche. Celle-ci est bien constituée avec ces quatre veines pulmonaires; mais elle communique avec l'oreillette droite par le trou de Botal qui n'est pas oblitéré. Cette oreillette droite est également normalement développée dans sa paroi supérieure, où les veines caves viennent s'aboucher à leur place normale; mais, à la paroi inférieure, il n'y a pas d'orifice auriculo-ventriculaire : on aperçoit simplement un petit orifice qui semble se diriger dans l'intérieur de la paroi postérieure du cœur et qui, finalement, est l'entrée d'une sorte de canal qui se termine dans le ventricule unique, à 15 millimètres environ de sa pointe, par un orifice inférieur qui se dissimule entre deux piliers charnus, de sorte qu'on ne l'aperçoit bien nettement qu'après y avoir introduit un stylet.

L'*aorte* naît de la base du ventricule, à droite; elle est normalement développée, avec ses trois valvules sigmoïdes; toutes ses divisions sont de même très-régulièrement formées. L'*artère pulmonaire* est située immédiatement derrière l'aorte; elle est extrêmement rétrécie, et son diamètre est à peine égal à la moitié du diamètre normal; les bords de son orifice ventriculaire sont un peu indurés, et, à première vue, on n'y trouve pas de valvules. Mais, en fendant le vaisseau dans toute sa longueur, on remarque *deux* valvules sigmoïdes situées plus haut que d'habitude et paraissant oblitérer complétement l'orifice.

Il n'y avait rien de saillant dans les autres organes.

M. Hayem lit un mémoire intitulé : *Des degrés d'anémie.* (Voyez Union Médicale des 28 et 30 juillet 1877.)

M. Féréol lit une observation et une note sur l'efficacité des bains froids dans le rhumatisme cérébral et dans le délire alcoolique aigu et fébrile. (Sera publiée.)

M. Vallin a observé un cas de délire survenu dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, les douleurs articulaires ayant disparu. Les accidents cérébraux ont été calmés par un bain à 26°. Il lira, du reste, cette observation dans la prochaine séance.

M. Labbé a guéri par les bains froids deux rhumatismes cérébraux. Dans le premier cas, il existait du coma, l'œil était hagard; il n'y avait pas de délire; les douleurs avaient disparu; un seul bain a suffi. Dans le deuxième cas, il existait du délire, du coma; il a fallu deux bains froids.

M. Vidal a vu la fluxion, la rougeur articulaire, persister alors que la douleur avait disparu ; il faut donc rechercher ces caractères alors qu'apparaissent les symptômes cérébraux. Il a toujours considéré la crainte de la mort émise par les malades comme un signe pronostique d'une grande gravité. Quant à la durée, il a observé que, dans les formes graves du rhumatisme cérébral, les malades succombent rapidement ; rarement ils vivent quarante-huit heures. Si les malades franchissent cette période de quarante-huit heures, généralement la guérison a lieu, n'importe le traitement qui sera employé. Il y a donc lieu de tenir compte de cette observation dans l'appréciation des traitements. Il se passe pour le rhumatisme cérébral ce que l'on voit pour le tétanos ; plus le tétanos se prolonge, plus on peut espérer la guérison.

—

M. Gallard présente, au nom de M. le docteur Girard (de Marseille), une observation de maladie bronzée avec mal de Pott et tumeur du cervelet. (Sera publiée.)

—

M. Blachez présente une pièce anatomique relative à un *ramollissement ischémique du ventricule gauche du cœur,* recueillie chez une femme de 76 ans. Il remet l'observation suivante :

Femme de 76 ans, robuste, entrée, le 26 mai, dans un état de semi-asphyxie. Anasarque généralisé. Pas de pouls.

Poitrine remplie de râles sous-crépitants plus marqués, plus fins à droite, où existe de la submatité en arrière et en bas.

La matité précordiale est augmentée. Le mouvement du cœur se traduit par une ondulation insensible. A l'auscultation, les bruits sont irréguliers, à peine frappés. On ne constate *aucun souffle.*

Sous l'influence d'un traitement tonique (café, cognac) et de révulsifs énergiques (vésicatoire volant, ventouses sèches), cette femme s'est remontée pendant quelques jours. Elle donne quelques renseignements : elle a eu de la dyspnée depuis cinq mois ; elle étouffe depuis quinze jours.

Après avoir présenté un peu d'amélioration, elle meurt en asystolie le 2 juin.

Autopsie : Cœur volumineux, enfoui dans la graisse. Adhérences péricardiques complètes à la face postérieure. En avant, plaques laiteuses à la base des oreillettes. Peu de liquide.

La pointe du cœur est violacée, livide ; le tissu paraît très-aminci. On craint une rupture en détachant les adhérences.

Athéromes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, sans ulcérations de la membrane interne.

Valvules artérielles et auriculaires infiltrées d'athéromes, surtout à leur base. Le bord libre joue suffisamment, de manière à fermer les orifices qui sont normaux, et dont les valvules jouent librement sous l'eau.

Dans la moitié inférieure du ventricule gauche, vaste foyer de ramollissement ; l'endocarde et le tissu musculaire sous-jacent sont convertis en un détritus pulpeux. En deux points il y a destruction du muscle, et le doigt arrive sous le péricarde. Une rupture était imminente. La couleur feuille-morte du tissu cardiaque, la facilité avec laquelle le doigt le pénètre, indiquent une dégénérescence que le microscope confirme. Les fibres musculaires ont perdu leurs stries et sont envahies par des granulations fines dont beaucoup sont manifestement graisseuses. Le ventricule droit est sain en apparence. Cependant les fibres ont subi un commencement d'altération. Beaucoup ont perdu leurs stries et sont envahies par des granulations.

La branche ventriculaire de l'artère coronaire est fortement infiltrée d'athéromes. Dans un point, au voisinage du foyer ramolli, l'artère est complétement obstruée par un bouchon fibrineux, adhérent.

Pas de foyers d'infarctus dans les différents organes.

Poumons violacés ; le droit splénisé à sa base.

Capsule du foie épaissie, offrant des plaques d'induration fibrineuse. Le foie lui-même n'est pas sensiblement altéré. Nombreux corps fibreux utérins. L'un d'eux a la forme et la grosseur d'une bille de billard. Les couches externes sont complétement ossifiées.

—

M. Millard présente deux pièces anatomiques relatives à une affection du cœur. Il remet les observations suivantes, qui seront publiées prochainement.

M. Vallin communique, au nom de M. le docteur Rémy Longuet, une note sur le rôle des éléments météorologiques, et en particulier des irrégularités de répartition des pluies, dans le développement saisonnier de la fièvre typhoïde. (Sera publiée.)

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Martineau.

—

FORMULAIRE

POTION CONTRE LES APHTHES. — MAUTHNER.

Chlorate de potasse. . . . . 2 à 4 grammes.
Eau distillée . . . . 60 à 90 —
Sirop de framboises. . . . . 20 grammes.

F. s. a. une potion à prendre par cuillerées. — De temps en temps, se gargariser avec une solution de chlorate de potasse; user d'aliments mous, et qui ne nécessitent pas une mastication prolongée. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 14 Aout 1547.

Un arrêt du Parlement fait défense à un nommé maître Guillaume Rocherye, prêtre, d'exercer la chirurgie, et à tous autres, s'ils ne sont reçus par le Collége des chirurgiens. Le présent arrêt sera publié au Châtelet et aux Écoles de médecine. — A. CH.

COURRIER

Les ateliers de l'imprimerie étant fermés mercredi, fête de l'ASSOMPTION, l'UNION MÉDICALE ne paraîtra pas jeudi prochain.

Par arrêté du 11 août 1877, le ministre de l'instruction publique a décidé qu'il sera ouvert en 1878 des concours pour 40 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine de l'État :

FACULTÉS	SECTION DES SCIENCES anatomiques et physiologiques		PHYSIQUE et chimie.	SECTION et médecine.	SECTION DE CHIRURGIE et accouchements.	
	Anatomie et physiologie.	Histoire naturelle.			Chirurgie.	Accouchem^ts.
Paris.	1	1	»	4	3	1
Lille	1	1	»	3	3	»
Lyon.	1	1	1	2	2	»
Montpellier . . .	1	1	1	3	1	»
Nancy.	2	»	2	2	1	1
Totaux. . .	6	4	4	14	10	2

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 16 février 1878, pour la section de médecine.

Le 25 avril 1878, pour la section de chirurgie et accouchements.

Le 15 juin 1878, pour la section des sciences anatomiques et des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

A sa visite à l'Hôtel-Dieu, M. le Président de la République a remis la croix d'officier de la Légion d'honneur à M. le docteur Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu.

LA PESTE. — Par une note insérée au *Mobacher* du 23 juin, le gouverneur général civil de l'Algérie s'adresse en ces termes à la population indigène : « Les nouvelles inquiétantes reçues de l'Orient, au sujet de l'extension de la peste à Bagdad et en Mésopotamie, ne peuvent permettre d'accorder, dès maintenant, aux musulmans algériens, l'autorisation de se rendre à la Mecque. Il demeure bien entendu, toutefois, que cette mesure, qui vise l'intérêt des populations et la santé publique, n'est point une interdiction définitive, mais un simple sursis, qui prendra fin dès que les circonstances le permettront. »

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la dernière séance, l'Académie s'est donné un nouveau correspondant dans la première section, et c'est M. le professeur Teissier, de Lyon, qui a obtenu ses suffrages. Cette candidature a étonné tout le monde, et surtout les académiciens qui ont voté pour elle. On ne se doutait pas qu'un médecin de ce mérite, qu'un clinicien de cette valeur et qu'un professeur de cette notoriété, n'appartînt pas, et depuis longtemps, à notre Académie nationale de médecine. Cela fait désirer qu'à chaque élection de membre correspondant, la Commission d'élection rappelle, en indiquant au moins leur nom et leur résidence, les candidats qui se présentent ou qui sont présentés.

Cette élection a été suivie d'une nouvelle communication de M. Fournié sur la fonction-langage, et qui a été renvoyée à la Commission déjà nommée pour l'examen de la précédente lecture de cet honorable et laborieux confrère.

C'est M. Jules Guérin qui a terminé la séance par la lecture de la première partie d'un discours sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. Probablement que, fidèle à ses habitudes, l'honorable académicien fera une trilogie de sa communication; or, la prudence nous fait un devoir d'attendre la fin de ce discours, avant de hasarder une appréciation quelconque. Nous ne dirons même que quelques mots du long paragraphe que M. Guérin a cru devoir nous consacrer en nous englobant, pour une phrase très-innocente assurément, dans sa réponse aux diverses objections qui lui ont été déjà présentées sur ses expériences et sur sa théorie pathogénique de la fièvre typhoïde. Notre modestie nous défend de donner à cette critique la moindre importance. M. Guérin s'est donné la fantaisie de dire, en parlant de nous : « Un collègue qui ne parle pas, mais qui écrit. » Si cette réflexion cache une malice, elle est si bien cachée, en effet, que nous ne l'apercevons pas. Mais nous dirons à M. Guérin, qui a beaucoup parlé et très-bien dans sa vie, et encore plus et mieux écrit, que le temps nous manque, et aussi l'envie d'aller chercher dans son œuvre, aussi importante que volumineuse, les critiques fort justes, selon nous, qu'il a adressées jadis, si notre mémoire est fidèle, aux conséquences que des expérimentateurs trop pressés ont tirées de leurs expériences sur les animaux. M. Guérin se livre aujourd'hui

FEUILLETON

CAUSERIES

Les rangs s'éclaircissent; je parle de nos confrères qui, comme nos écoliers, avec la même joie, voient arriver l'époque des vacances, et, avec le même empressement, se hâtent de quitter l'enceinte murée de M. Thiers. Au Palais, les vacances ne commencent que le 1er septembre; chez nous, dès le 1er août, la désertion commence. Mieux partagés sont donc les plaideurs que les malades; les premiers sont assurés de trouver, pendant quinze jours encore, à leur poste les défenseurs de la veuve et de l'orphelin, tandis que les seconds auront de la peine, d'ici au mois d'octobre, de réunir une consultation de grandes notoriétés médicales.

En quittant ainsi leur *étude*, — je me sers du mot cher à Guy Patin, à qui répugnait l'expression de *cabinet*, — nos confrères à célébrité font assurément preuve de désintéressement. C'est pendant les vacances que se rendent à Paris les bons, les grands malades de l'étranger et de la province. A cette époque affluent les diplomates en congé, les financiers, le haut clergé, la magistrature, l'Université. Trousseau le savait bien, lui qui ne quittait guère Paris que le samedi soir, après sa consultation, pour aller passer le dimanche à son domaine de Bonnevau. Il le savait aussi, Dupuytren, qui n'abandonnait son mesquin entresol de la rue des Poulies que pour aller le soir dans sa splendide villa de Courbevoie. Lisfranc, ce Nemrod effréné, imposait silence à sa passion dominante quand il flairait dans l'air quelque bonne consultation. Et Velpeau, qui se donnait à peine quelques heures de distraction, le dimanche, après trois heures, dans sa charmante habitation d'Antony. Et Rayer, qui, pendant sa vie de médecin consultant, n'a peut-être pas quitté Paris trois ou quatre jours de suite.

à de nombreuses expériences sur les animaux, c'est sans doute pour en tirer des conséquences. Il nous a semblé voir une contradiction entre ses opinions d'autrefois et ses actes d'aujourd'hui; rien là de blessant et qui pût exciter la susceptibilité de notre confrère. Il rappelle ce que l'on eut l'occasion d'observer dans les dernières années de l'existence d'un professeur dont M. Guérin ne sera pas humilié d'être rapproché, qui, après avoir toute sa vie vitupéré contre les expériences sur les animaux, se livra aux vivisections à outrance, et cela dans le but de démolir les expériences d'un autre illustre vivisecteur, M. Claude Bernard. M. Guérin veut aussi démolir, non un homme, mais une doctrine partagée par tous les médecins de son époque; c'est hardi. Un autre courageux athlète, M. Piorry, y a échoué; M. Guérin sera-t-il plus heureux? — A. L.

CLINIQUE MÉDICALE

LES BAINS FROIDS ET L'HYPERTHERMIE (1);

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 9, 23 mars et 13 avril 1877,

Par le docteur FERRAND, médecin de l'asile des Incurables.

IV. De l'action des bains froids.

§ I. *Effets physiques.* — L'homme, à l'état normal, est plongé dans le milieu atmosphérique, auquel, dans nos climats, sa température propre est toujours supérieure, et auquel par conséquent il cède toujours un peu de chaleur. Cette transmission a lieu par rayonnement et par contact. La conductibilité et la capacité calorifique du milieu est donc de la plus haute importance à considérer pour se rendre compte de la quantité de chaleur que l'homme abandonne, dans un temps donné, au milieu dans lequel il est plongé.

Or, l'air n'ayant qu'une capacité calorifique minime, et une conductibilité presque nulle pour la chaleur, le corps qui en est environné ne perdrait que peu de chaleur à son contact, si la couche d'air qui l'entoure n'était fréquemment renouvelée. C'est pour se protéger contre cette perte de chaleur que l'homme porte des vêtements qui arrêtent le rayonnement et, en maintenant autour du corps une couche d'air toujours la même, limitent beaucoup la perte par contact.

(1) Suite. — Voir les numéros des 9 et 14 août.

Nous avons changé tout cela. Nos confrères à célébrité ne se contentent plus de leur villégiature aux environs de Paris. C'est la mer, ce sont les Alpes ou les Pyrénées qui les attirent, et l'Italie, et l'Espagne, et la Grèce; il en est qui poussent jusqu'à Constantinople; il en est même qui traversent l'Atlantique, et vont faire visite à nos confrères de New-York et de Philadelphie. Il est certain que les malades ne peuvent pas courir après eux, et vous pouvez supputer ce que perd ou ce que manque à gagner un Ricord, par exemple, qui s'absente pendant un mois, et dans cette saison fructueuse.

J'ai idée que ce douzième dédaigné par Ricord équivaudrait aux douze douzièmes des recettes totales de quelqu'un que je connais.

Ainsi, saison de misère pour ces pauvres *Causeries*, qui ne trouveront rien à glaner : à la Faculté, qui est fermée; à l'Académie, dont les fauteuils sont presque vides; à la ville, dont nos confrères s'envolent à tire d'ailes. J'espère donc que vous aurez indulgence et bienveillance pour cette malheureuse besogne, qui n'est pas aussi facile que vous pourriez le croire.

Il appartient à l'un des plus anciens membres de la Société protectrice des animaux de signaler aux lecteurs une brochure élégante et spirituelle due à la plume de Mme Roseline de Casis, mon collègue à cette Société, sous ce titre : *Plaintes des chiens à sir Richard Wallace, scènes humoristiques* (1). C'est une supplique amusante et touchante adressée au bienfaisant insulaire qui a doté Paris des élégantes fontaines qui portent son nom, de faire pour les chiens ce qu'il a fait pour les humains, c'est-à-dire de leur donner de l'eau. Chaque race de chien vient à son tour exposer ses doléances et ses désirs :

« Après cette plaidoirie, il se fit un profond silence dans l'enceinte, puis, resserrant leurs

(1) Paris, 1877, Dentu, libraire. Prix : 1 franc.

Dans l'air, et en vingt-quatre heures, d'après les tableaux approximatifs de Beaunis, l'homme perd par la peau 2,187 calories, sur 2,500, quantité totale des calories que l'homme abandonne en vingt-quatre heures, par sa superficie, au milieu atmosphérique qui l'enveloppe. Ceci représente une perte de 90 calories par heure en moyenne, soit 22 en un quart d'heure.

Dans l'eau, les conditions sont bien différentes, et c'est ce dont on ne tient pas assez compte. L'eau possède une capacité calorifique deux fois et demie plus considédérable que celle de l'air; elle doit donc, pour ce seul motif, soustraire dans le même temps à l'organisme qu'elle entoure deux fois et demie plus de chaleur, soit 55 calories en un quart d'heure. Mais, de plus, l'eau étant 770 fois plus dense que l'air, possède pour la chaleur une conductibilité proportionnelle et par conséquent bien supérieure à celle de l'atmosphère. De là une nouvelle multiplication de ce chiffre de 55 calories par un autre qui m'échappe ici, mais qu'il sera possible de supputer d'une autre manière.

Il résulte des expériences pratiquées au moyen du bain froid sur les fébricitants, que l'eau du bain s'échauffe au contact du malade. Rarement les auteurs ont tenu à noter ce résultat, bien important cependant à connaître. Il résulte toutefois de quelques observations où ce chiffre a été relevé, soit par M. Boucaud (de Lyon), soit par M. Féréol, soit par M. Libermann, que, après un quart d'heure de séjour d'un malade à 40° dans dans un bain à 20°, la température du bain s'élève environ de 2°. — Les résultats varient entre 1° et 4°. — Or, en multipliant ces deux degrés par le chiffre des kilogrammes d'eau qui entrent dans la constitution du bain, nous pourrons très-approximativement juger du nombre total de calories que le malade a perdues pendant son séjour dans le bain. Or, un bain pris dans une baignoire ordinaire comporte environ 500 litres ou kilogrammes d'eau. C'est donc un total de 1,000 calories que le malade plongé dans le bain perd ainsi en un quart d'heure de temps. Et, au lieu de 1,000 calories, c'est 22 calories seulement que perd, à l'air libre et dans le même temps, un homme en santé, c'est-à-dire environ cinquante fois moins.

Allons plus loin. Il résulte des recherches de Mayer, Hirn et Clausius, que, dans la transformation de chaleur en force mécanique, chaque calorie équivaut à 425 kilogrammètres. Il résulterait de là que le bain froid de trois quarts d'heure enlèverait au malade une chaleur représentant une puissance mécanique équivalant à 425,000 kilogrammètres. Je m'arrête, Messieurs, épouvanté devant de tels résultats, et persuadé

---

groupés autour du bienfaiteur de l'humanité, les chiens, dans une attitude suppliante, le contemplèrent longtemps dans une muette, mais éloquente adjuration, attendant la réponse si ardemment souhaitée.

« Déjà quelques-uns d'entre eux faisaient entendre quelques sourds jappements d'impatience, lorsque sir Richard Wallace, paraissant sortir d'une profonde rêverie, s'éloigna des solliciteurs en se disant à lui-même ces paroles, qu'ils eurent l'esprit de savoir entendre :

« Jusqu'à ce jour, je n'avais songé qu'aux hommes; mais, puisque les animaux ont parlé « pour me demander aussi des fontaines..., je leur donnerai satisfaction, car, bien que les ani« maux nous soient inférieurs, nous n'en devons pas moins respecter en eux les effluves de vie, « d'amour et d'intelligence dont la suprême et l'éternelle sagesse s'est plu à les animer. »

Trois hurrah pour sir Richard Wallace.

La jeune Faculté de médecine de Lille, — je parle de la Faculté d'État, — me semble vouloir prendre une bonne direction. Cela ne m'étonne pas de ses honorables professeurs, et notamment de son excellent et digne doyen, M. Cazeneuve, dont l'esprit pratique et libéral à la fois saura concilier, dans l'enseignement de cette nouvelle École, le respect de la tradition avec les exigences du progrès. Ailleurs peut-être, — et l'on sait bien où je veux dire, — on montrera des tendances plus scientifiques; à Lille, on affichera plus modestement des velléités plus pratiques. On se dira qu'une École de médecine est instituée surtout pour faire des médecins, et son enseignement sera principalement dirigé vers ce but. C'est ce qui me semble résulter d'une conférence, que je viens de lire avec intérêt et plaisir, faite à l'ouverture de son cours de thérapeutique, par M. le professeur Joire. Cette conférence sur les *Bases de la certi-*

que j'en ai dit assez pour faire réfléchir les partisans les plus convaincus de ce système.

En présence de cette énormité, dont les chiffres cependant ne me paraissent pas contestables, le sentiment qui domine en moi n'est pas celui que manifestent les partisans du système de Brandt. Eux sont préoccupés de refroidir leurs malades ; ils y emploient le bain froid et en prolongent la durée pour assurer ce résultat. Pour moi, il me semble que c'est bien trop de refroidissement comme cela, et je me demande avec quelle activité les combustions nutritives vont devoir travailler pour combler un déficit aussi excessif et aussi brusquement imposé.

Il suivrait de là que, chez les malades auxquels on a fait prendre 50, 100 et même 150 bains froids, c'est un chiffre de 50,000, 100,000, et même 150,000 calories qu'on a fait disparaître. — Or, l'homme en santé, dans son milieu normal, ne perd pas 2,200 calories en vingt-quatre heures. Lorsque l'on élève la déperdition à un taux aussi élevé, on provoque nécessairement un excès considérable de production de chaleur. On ne perd que ce qu'on possède, et on ne possède que ce qu'on acquiert. Le malade auquel on soustrait 100,000 calories, il faut bien qu'il les fasse ; il doit, à mesure qu'on les lui soustrait, les remplacer, au moins en grande partie. Et Dieu sait ce qu'il lui faut pour cela brûler de sa propre substance !

La température d'un animal résulte, en effet, de ces deux éléments : et de la chaleur qu'il perd et de la chaleur qu'il produit. Or, comme cette température est et demeure à peu près constante, il en résulte que le passage d'un milieu chaud à un milieu froid provoque aussitôt, de la part de cet animal, la production d'une plus grande quantité de chaleur. Il absorbe alors plus d'oxygène, brûle davantage de ses éléments, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Barral, de Letellier, de Hope, de Regnault, etc. Donc, c'est en vain que vous abaissez la température du milieu, en vain que vous multipliez les soustractions de chaleur libre. Vous pouvez, à la rigueur, dépasser de vitesse les combustions thermogènes de l'économie, mais pour cela vous ne les avez pas vaincues ; vous n'avez fait, au contraire, que leur imprimer un essor plus violent, en escamotant la chaleur qui en résulte. Et cependant le danger réside moins dans la chaleur qui résulte des combustions, que dans les combustions elles-mêmes.

Je ne sache pas qu'on se soit assez préoccupé jusqu'ici d'apprécier ainsi la chaleur perdue par le malade dans le bain froid, et cependant, c'est la méthode la plus sûre pour l'apprécier exactement, celle que les physiologistes expérimentateurs ont em-

---

tude médicale (1) est un modèle de bon sens et de raison. J'en extrais avec plaisir cette page terminale :

« Que dire aujourd'hui du scepticisme médical chez les médecins, de la médecine dénigrée par des médecins ?

Ce n'est que la rougeur au front, ce semble, qu'on puisse aborder un pareil sujet. Il faut bien l'avouer, notre profession offre parfois le tableau de tristes défaillances.

« Mais nous remarquons volontiers, avec Cabanis, qu'on ne rencontre parmi les médecins détracteurs de leur art aucun praticien réellement recommandable ; que ce sont ou des spéculateurs souvent étrangers à toute pratique, ou des hommes sans tact que des malheurs constants en ont dégoûté avec raison. »

Il suffit d'ailleurs de voir à l'œuvre de tels hommes pour les juger : l'ignorance, dissimulée par une faconde habile et une assurance sans égale, double cachet du charlatan, tranche toutes les questions au gré ou au hasard de l'humeur et de la fantaisie, traite les maladies sans les connaître, applique des remèdes sans discernement et par routine ; et on s'étonne que de nombreuses déceptions viennent répondre à une telle pratique !

Que peut-il sortir de là, sinon le doute et le scepticisme radical ?

Vous ne vous engagerez pas, Messieurs, dans une pareille voie ; vous vous efforcerez de demeurer également éloignés de la crédulité facile et du scepticisme absolu.

Vous tiendrez pour respectables les croyances sincères, quelles qu'elles soient ; mais vous vous rappellerez aussi que, dans le domaine scientifique, il est permis, il est rationnel de n'arrêter ses convictions, de ne donner sa foi, qu'à ce qui est positivement démontré. Là, tou-

(1) Paris, 1877 ; Masson, éditeur.

ployée dans ce but, sous le nom de méthode directe. On s'est borné, en général, à constater la température qui reste au malade, ce qui est un résultat peu significatif et tout indirect; en tout cas, on ne recueille ainsi que l'expression complexe d'une résultante dont les éléments demeurent totalement ignorés.

Sans doute, on objectera que, si l'eau est assez bon conducteur, l'économie ne l'est guère; que les expériences de Tyndall ont démontré que la chair musculaire est absolument dépourvue de conductibilité pour la chaleur; que, par conséquent, les calories enlevées à l'organisme par l'eau froide sont prises à sa surface, et que la circulation se charge de répartir graduellement et de généraliser peu à peu l'abaissement du calorique. — Mais c'est justement cette inégalité au moins temporaire de répartition de la température qui me semble un danger de plus ajouté à tous les autres dans l'usage des bains froids.

Il y a, dans le cycle fébrile, une phase où cette inégalité se produit comme appartenant à l'évolution naturelle de la maladie : c'est la phase algide, autrement dit, celle du frisson fébrile, phase la plus pénible et la plus dangereuse probablement. Cet état algide se retrouve dans une foule d'états pathologiques graves et menaçants; il caractérise la plupart des formes pernicieuses de la fièvre, et il appartient au cortége des plus dangereuses septicémies. Or, le caractère essentiel de cet état, c'est justement une inégalité de température apparente et réelle entre les différents points superficiels et profonds de l'économie. Si cette inégalité de température n'est pas la cause de l'algidité, elle en est au moins le signe. Et c'est cette même inégalité que l'on ne craint pas de provoquer chez un fébricitant dont l'organisme ébranlé n'atteint qu'à grand'peine à réaliser le consensus de ses actes et l'harmonie de ses éléments!

Et quelle discordance thermique est celle que vous imposez à ses divers organes par le bain froid! — Ne me dites pas que le thermomètre, mis dans le rectum, n'accuse pas cette énorme différence. Encore une fois, le thermomètre ne vous donne que des résultats; et, dans le rectum comme à l'entrée des muqueuses, la température perçue est déjà une moyenne de compensation entre la température du dehors et celle du dedans, celle qui tend à s'établir peu à peu dans l'économie entière, si les forces et la résistance du malade y suffisent.

Les chiffres ci-dessus, et qui sont calculés pour l'homme sain, ne sont certainement pas au-dessus de la vérité. Le fébricitant dont la chaleur monte au-dessus de 40°, perd dans l'eau à 20° plus de calories que l'homme en santé qui est à 37°. —

---

tefois, il faut encore savoir qu'il n'y a pas qu'un seul genre de preuves; que chaque science a le sien; que les démonstrations mathématiques applicables aux sciences spéculatives ne peuvent convenir aux faits de la pratique médicale, et qu'il faut, pour ceux-ci, se contenter d'approximations plus ou moins exactes qu'on peut appeler de certitude pratique.

La vraie science apprécie à leur valeur les faits tels qu'ils se manifestent; ses applications thérapeutiques, faites avec discernement, lui donnent parfois des mécomptes, mais bien plus souvent des succès réels; elle ne s'étonne ni des uns ni des autres.

Elle sait que toutes les maladies ne sont pas guérissables; qu'il n'y a pas remède à toutes les affections; que la machine humaine, comme toutes les machines, est susceptible d'usure.

Quand le jeu affaibli des organes ne se traduit plus que par des troubles et des irrégularités fonctionnelles, il y a encore pour le médecin un rôle à accomplir; s'il ne peut plus guérir, il peut du moins soulager.

La vie d'ordinaire ne s'en va pas sans souffrance; quand on ne peut plus ranimer la première, c'est quelque chose, croyez-le, de soulager la seconde; et le plus souvent on le peut.

« Quant à moi, disait Cabanis, je certifie que l'intervention médicale est souvent utile et je crois qu'elle peut le devenir presque toujours. Dans les cas même les plus désespérés, il est du moins possible de pallier le mal et de soulager le malade; et cela doit bien être compté pour quelque chose. »

Quant aux projets de M. Waddington, sur la création de nouveaux centres universitaires, il n'en est plus question sous le règne de M. Joseph Brunet. Il faut donc que, provisoirement du moins, nous nous contentions, en fait de Facultés de médecine, de celle de Paris, qui étouffe d'hypertrophie; de celle de Montpellier, qui doit surveiller son anémie croissante et fort

De sorte que, loin d'exagérer les résultats ci-énoncés, je devrais encore en grossir les chiffres, si je devais me rapprocher davantage de l'exactitude.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE

ACOUSTIQUE BIOLOGIQUE, PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DE LA PHONATION ET DE L'AUDITION, par J. GAVARRET, professeur de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8°, avec 100 figures dans le texte. Paris, 1877 ; G. Masson.

Le volume publié par M. le professeur Gavarret sur les phénomènes physiques de la phonation et de l'audition, se recommande assez par le nom même de l'auteur, pour que nous n'ayons pas besoin d'en faire l'éloge.

Les parties les plus intéressantes de l'acoustique sont traitées ici avec toute la clarté d'exposition habituelle à l'éminent professeur de la Faculté; aussi ce n'est pas seulement à ceux qui veulent faire une étude sérieuse de physiologie, que nous recommandons l'ouvrage, mais à tous ceux que les questions de physique intéressent.

Trop souvent les physiciens semblent oublier qu'ils sont avant tout des observateurs et des expérimentateurs, et que le calcul, la formule mathématique n'est qu'un mode d'expression de la loi des phénomènes; cependant, pour l'optique et l'acoustique, ils devraient être pénétrés avant tout de cette idée que les phénomènes qui s'y rapportent ne se révèlent à nous que par l'œil et l'oreille, et que l'étude de ces organes en est le prélude obligé.

Les couleurs et les sons sont des produits de transformation du mouvement vibratoire par notre rétine et notre membrane basilaire. Aussi les physiciens réellement philosophes, comme Verdet, Helmoltz, Tyndall, avant d'aborder l'étude de l'acoustique ou de la lumière, parlent-ils au moins de l'organe sans lequel il n'y a ni sons ni couleurs. En outre, les images vives et souvent pleines de grandeur, comme celles de Tyndall et d'Helmoltz, jointes à une grande clarté d'exposition des phénomènes, font comprendre les lois de la physique à ceux même qui ne peuvent atteindre l'analyse mathématique. Telle est la façon d'interpréter la science qui a été adoptée par M. Gavarret.

Les trois premiers chapitres sont consacrés à la théorie des ondes sonores, à la vitesse de propagation, à la réflexion et la réfraction du son; les qualités du son; la formation de l'échelle musicale, etc.

Il était difficile sans doute d'exposer complétement la théorie des mouvements vibratoires. Mais combien la tâche devient-elle plus ardue quand il s'agit de faire comprendre comment des ondulations *simples*, émanées d'origines différentes, cheminent d'abord isolément dans

---

injuste; celle de Nancy, dont le mauvais régime auquel on l'a soumise la conduit à la consomption; celle de Lille, qui bravement fonctionne; celle de Lyon, qui ouvrira ses portes en novembre prochain, grâce à l'activité de ses édiles, et celle de Bordeaux, dont l'ouverture est indéfiniment prorogée, grâce à un conseil municipal qui me semble faire partie de la famille des Tardigrades.

Dr SIMPLICE.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — Par arrêté en date du 3 août courant, des concours s'ouvriront à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, savoir :

Le 15 janvier 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, clinique externe et accouchements.

Le 15 février 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie interne et clinique interne.

Le 15 mars 1878, pour un emploi de suppléant des chaires de chimie, histoire naturelle.

Les registres des inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— Le docteur Rinaldi, de Constantine (Algérie), signale, au *Journal d'hygiène*, deux faits cliniques importants qui lui paraissent, avec raison, de nature à éveiller l'attention des parents qui négligent de faire vacciner leurs enfants.

1° Dans la même famille, la variole hémorrhagique a frappé deux enfants, un garçon de 5 ans et une jeune fille, sa sœur, que les parents avaient formellement refusé de faire vacciner.

2° Une autre famille, qui s'était de même opposée à la vaccination des enfants, a compté trois victimes par suite de variole hémorrhagique.

l'espace, puis se superposent sans se détruire, engendrent un mouvement ondulatoire *complexe* qui, à son tour, se décompose en les éléments simples qui lui ont donné naissance. La comparaison empruntée par Helmoltz aux vagues de la mer, quoique s'appliquant plus directement aux ondulations transversales de la lumière, représente bien les diverses phases de ce phénomène. M. Gavarret a étudié, avec un soin tout spécial, le mode de superposition de ces ondulations *simples* émanées d'origines différentes; il a représenté, dans des figures très-nettes, l'ondulation *complexe* résultant de leur fusion; il a aussi étudié les cas où il y a *interférence*, où le son résultant est *nul*. Il a ensuite montré comment un corps élastique, une corde tendue, exécute un mouvement vibratoire *complexe* engendrant, dans la masse gazeuse ambiante, un mouvement ondulatoire *complexe* qu'il est toujours possible d'analyser, de décomposer en un nombre déterminé d'ondulations *simples*. Cette partie de son travail, et les deux chapitres suivants, fournissent les principes fondamentaux de la théorie de la phonation et l'audition.

Rien n'est intéressant comme le chapitre V, dans lequel sont exposés les ingénieux moyens employés par Helmoltz pour analyser les sons de toute nature; comment, avec le résonnateur, il arrive à décomposer, ainsi qu'il le dit lui-même, un son en ses éléments, comme on décompose la lumière blanche avec le prisme. Cette propriété des corps sonores de décomposer les sons en leurs éléments simples, nous fera comprendre plus tard la faculté que possède l'oreille d'analyser les sons, de décomposer le mouvement ondulatoire de l'air en ses éléments simples composants.

Le chapitre sixième est consacré à la théorie du timbre, qui n'est, d'après les expériences si simples et si démonstratives d'Helmoltz, que le résultat de la superposition des harmoniques au son fondamental.

Après ces préliminaires indispensables, l'auteur attaque la partie physiologique de la question : d'abord la phonation. Les résultats des expériences de Müller y sont exposés, et on arrive à comprendre, après les chapitres qui ont précédé, comment agissent les cordes vocales dans la phonation. Sous l'influence du courant d'air de l'expiration, la glotte inter-ligamenteuse joue le rôle d'une anche membraneuse. Le ton du son émis est exclusivement réglé par le nombre des vibrations des lèvres fibro-musculaires, des lèvres de la glotte, et commandé par la tension des rubans vocaux. Les parties supérieures de l'arbre aérien constituent un appareil de renfoncement qui modifie à la fois l'intensité et le timbre du son émis dans le larynx à la hauteur de la fente glottique.

Le rôle de la bouche dans l'acte de la phonation prend une importance capitale. La forme de cette cavité change avec la voyelle émise et se reproduit invariablement la même pour la même voyelle. De cette notion incontestable, il résulte que la cavité buccale est une véritable caisse de résonnance dont le son propre se superpose au son de l'anche laryngée, et en détermine le timbre. Cette analyse expérimentale des phénomènes de la phonation permet de donner une définition de la voyelle en harmonie avec la nature des phénomènes vocaux, et par cela même scientifique. La voyelle est un timbre spécial communiqué au chant ou à la parole par le son de hauteur déterminée correspondant à la forme donnée à la bouche par l'émission de la voix.

Nous sommes heureux de trouver encore dans cet ouvrage les ingénieuses expériences sur la phonation de notre ancien collègue et ami Rosapelley. Ces premiers essais pour enregistrer par la méthode graphique les mouvements du voile du palais, du larynx, de la langue, pourront, comme il le dit lui-même, être appliqués à l'éducation des sourds-muets.

L'étude de l'oreille interne, qui semble si aride et si difficile pour les médecins, devient une des plus belles questions de l'anatomie, lorsqu'elle est précédée des chapitres dont nous avons essayé de donner un aperçu; l'étude de la rétine est bien faite pour exciter notre admiration; mais que penser de cet organe de Carti, de cette sorte de clavier avec ses huit mille touches et les six mille fibres radiales qui en partent, vibrant à l'unisson; avec tous ces bruits qui frappent notre oreille comme les cordes d'une harpe vibrant lorsqu'un corps sonore résonne auprès d'elle?

Si de pareilles études ne sont pas directement applicables à la pratique médicale, elles ont au moins l'avantage d'élever les idées, d'en agrandir le cercle, et d'éclairer d'une vive lumière les questions les plus ardues de la physiologie des organes des sens. Enfin, comme nous le disions au début de cet article, elles sont indispensables au physicien, comme la connaissance de l'œil pour celui qui veut comprendre les lois de l'optique.

Dr Cadiat, professeur agrégé.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : Les comptes rendus des épidémies qui ont régné en 1876 dans les départements de l'Ariége, du Morbihan, d'Ille-et-Vilaine, de Seine-et-Oise, des Hautes-Pyrénées, de la Seine-Inférieure et des Vosges. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend une note de M. le docteur Weill, médecin-major de 1re classe au 79e de ligne, intitulée : *Relation des épidémies de fièvre typhoïde* qui ont sévi sur la garnison de Troyes, du mois d'avril 1876 au mois d'avril 1877. (Com. des épidémies.)

—

M. GUENEAU DE MUSSY offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sous ce titre : *Quelques nouvelles études sur l'adénopathie trachéo-bronchique.* (Extrait de la *Revue médicale.*)

—

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national. La commission propose : En première ligne, M. Teissier (de Lyon); en deuxième ligne, M. Laussedat (de Moulins); en troisième ligne, M. Levieux (de Bordeaux). Sur 43 votants, majorité 22, M. Teissier obtient 27 suffrages, M. Laussedat 14, M. Levieux 2. — En conséquence, M. Teissier est proclamé membre correspondant national.

—

M. Edouard FOURNIÉ continue sa lecture sur la *fonction-langage.* Dans une des séances précédentes, l'auteur avait soumis à un examen critique la doctrine de la localisation de la parole dans la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche. Aujourd'hui M. Fournié expose les principes d'après lesquels il faut comprendre et rechercher les conditions anatomiques de la fonction-langage. A cet effet, il démontre que, dans tout fonctionnement cérébral, sans exception, on trouve un phénomène de sensibilité, un phénomène de mémoire et un phénomène excito-moteur; d'où il suit qu'avant toute chose, il faut déterminer le siége anatomique de la sensibilité, de la mémoire et du mouvement.

Laissant de côté les faits contradictoires qui ne prouvent autre chose que notre insuffisance actuelle, M. Fournié s'en tient aux enseignements qui résultent de la généralité des faits de l'observation et de l'expérience, et il est conduit à admettre : 1° que la sensibilité se développe dans la région des couches optiques; 2° que dans la couche corticale du cerveau se trouvent les conditions matérielles de la mémoire et de l'association des notions acquises; 3° que les phénomènes excito-moteurs se produisent dans la région qui unit la couche corticale aux corps striés.

Appliquant ces données au langage, qui n'est en définitive qu'une forme de la fonction cérébrale unique, M. Fournié démontre qu'il faut chercher les conditions anatomiques de la parole, non dans un organe isolé, comme on l'avait fait jusqu'ici d'après les idées de Gall, mais dans la région optique pour le phénomène sensible, dans la couche corticale pour le phénomène de mémoire et d'association, dans la région qui unit la couche corticale aux corps striés pour le phénomène excito-moteur.

En décomposant ainsi la parole dans chacun de ses éléments, et en attribuant à chacun d'eux un siége anatomique distinct, M. Fournié parvient à donner au mot *aphasie* une signification complète, et à expliquer les troubles qui caractérisent cette maladie. Il y a, en effet, aphasie par lésion de l'organe de la sensibilité, aphasie par lésion des conditions matérielles de la mémoire et de l'association des notions acquises, et, enfin, aphasie par lésion des conditions du phénomène excito-moteur.

En terminant, M. Fournié émet le vœu que, désormais, on s'inspire des données de l'analyse physiologique telle qu'il vient de l'exposer, ce qui permettra d'interpréter judicieusement les symptômes pendant la vie et les lésions après la mort.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'étiologie de la fièvre typhoïde.

M. Jules GUÉRIN a demandé la parole pour exposer devant l'Académie des idées qu'il nourrit depuis plus de quarante ans sur la pathogénie de la fièvre typhoïde.

L'auteur commence par indiquer, sous forme de propositions, les points qu'il se propose de traiter :

1° La matière diarrhéique spéciale des typhiques renferme à sa sortie de l'économie un principe toxique résultant de la fermentation des matières stercorales retenues et accumulées à la fin de l'intestin grêle, derrière la valvule iléo-cæcale;

2° Les lésions organiques, considérées jusqu'ici comme les caractères spécifiques de la fièvre typhoïde, injections et ulcérations de la muqueuse, altérations des glandes de Brunner, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, sont des effets de l'action virulente des matières typhiques sur ces parties, et les troubles fonctionnels ou symptômes généraux de la maladie sont tout à la fois le résultat de la pénétration des mêmes matières dans l'organisme et des altérations organiques qu'elles y déterminent;

3° Les complications qui se présentent dans le cours de la fièvre typhoïde, sous la forme de méningites, de pleurésie, de pneumonie et autres affections caractérisées, ne sont que des localisations plus accusées de son principe toxique : comme celles de ces maladies qui débutent d'emblée avec des symptômes typhiques ne sont elles-mêmes que des effets primitifs de l'intoxication stercorale.

4° Le poison typhique, engendré par la fermentation stercorale, se répand incessamment au dehors par toutes les voies excrétoires de l'économie, d'où la transmissibilité de la maladie et la formation de foyers d'infection susceptibles de la reproduire sous la forme endémique et épidémique.

Pour résoudre la première question, M. J. Guérin a examiné d'abord, par la voie expérimentale, si les matières excrétées par les typhiques renferment directement, et de prime abord, un principe toxique bien caractérisé.

Il a recueilli à cet effet des matières alvines de typhiques fournies par des malades traités dans les hôpitaux, et il les a expérimentées sur plusieurs séries d'animaux.

Il a fait quatre séries d'expériences sur les animaux, dans lesquelles il a injecté dans le tissu cellulaire diverses matières provenant des typhiques : matières fécales, sang, urine, liquide mésentérique, détritus de ganglions mésentériques et de la râclure d'intestin ulcéré ; de ces quatre séries d'expériences, il a cru pouvoir conclure :

1° Que les matières fécales des typhiques renferment, dès leur sortie de l'économie, un principe toxique qu'elles conservent même après quatre mois de dépôt;

2° Que cette propriété des matières fécales s'étend aux autres produits excrémentitiels des typhiques; qu'enfin les matières fécales de sujets sains ou atteints d'autres maladies, ne possèdent pas le principe toxique que paraissent renfermer les produits excrémentitiels des typhiques.

En possession de ces premiers résultats, M. J. Guérin avait à rechercher et préciser trois choses :

Les matières excrémentitielles, à leur sortie de l'économie, sont un résidu collectif et complexe de toutes celles qui se rencontrent dans chacune des trois parties dont se compose le tube digestif : estomac, intestin grêle et gros intestin :

1° Toutes ces matières possèdent-elles indistinctement des propriétés toxiques, ou bien en est-il qui les possèdent seules et à l'exclusion d'autres?

2° Celles de ces matières qui possèdent des propriétés toxiques les possèdent-elles à toutes les périodes de la maladie?

3° Les possèdent-elles avant les autres produits excrétés des typhiques et à l'exclusion de quelques-uns de ces produits?

De toutes les expériences qu'il a instituées, au triple point de vue de la distinction des matières, des périodes de la maladie, de l'ordre de succession et de la virulence de ses produits, il résulte que la matière spécialement toxique, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, est celle qui, à toutes les époques de la maladie, est contenue dans la dernière portion de l'intestin grêle, et cela à l'exclusion presque complète des matières contenues dans les autres parties du tube digestif.

Après avoir répondu incidemment à quelques critiques dirigées contre ses expériences, M. J. Guérin, revenant à la suite de sa première proposition, montre comme premier fait que, lorsqu'on ouvre l'intestin des typhiques, morts dans le cours de la maladie, on constate invariablement cette double circonstance, à savoir : qu'il existe une certaine quantité de matière stercorale liquide homogène accumulée à la fin de l'iléon, recouvrant la face iléale de la valvule iléo-cæcale, matière tout à fait différente de celle contenue dans le gros intestin. Il existe, au contraire, dans les différentes fractions de ce dernier, des quantités variables de matières anciennes, dures, incrustées dans les anfractuosités du cæcum et du colon.

Suivant M. Guérin, il existe, au début de la maladie, un genre particulier de rétention des matières fécales qu'il ne faut pas confondre avec la constipation ordinaire, et qu'il appelle pour cela *constipation partielle*, laquelle consiste dans une sorte d'arrêt et d'*incrustation* d'anciennes matières affleurant seulement les parois du gros intestin et ne s'opposant point à la

circulation des matières d'origine plus récente. Or, il arrive au moment où les matières nouvelles retenues et accumulées derrière la valvule iléo-cæcale, et ce en vertu d'un mécanisme qui se résume dans une atonie paralytique de cette portion de l'intestin, entrent en conflit avec les matières anciennes, et, soit par l'influence seule de leur réaction réciproque, soit par le concours d'un ferment venant du dedans ou du dehors, produisent un véritable travail de fermentation.

Ce fait, suivant M. Guérin, est mis hors de doute par l'existence du *gargouillement* iléo-cæcal, qui coexiste ordinairement avec le commencement de la diarrhée typhique, qui la précède même dans un certain nombre de cas, et quelquefois même s'accompagne d'une constipation persistante.

Le gargouillement est ordinairement suivi d'un développement considérable de gaz donnant lieu à un météorisme suivi ou non d'exhalations fétides. Ce météorisme est le premier indice et le résultat de la fermentation des matières accumulées à la fin du petit intestin.

A ce moment apparaît la véritable diarrhée typhique, diarrhée formée d'un mélange de liquide et de gaz qui acquièrent de plus en plus l'odeur de la putridité.

Ces quatre ordres de phénomènes : *stagnation des matières typhiques à la fin de l'iléon, gargouillement, météorisme, expulsion de gaz et de liquides caractéristiques*, trahissent l'existence d'un travail de fermentation des matières accumulées à la fin de l'intestin grêle, travail et *fermentation stercorale* qui a pour effet d'engendrer le principe toxique mis en lumière par les expériences de M. J. Guérin.

A ce moment commence la maladie proprement dite, l'*intoxication stercorale*, c'est-à-dire l'action directe et immédiate de la substance toxique sur les parties avec lesquelles elle se trouve en contact; puis son action indirecte ou éloignée sur l'économie tout entière, qu'elle envahit.

M. J. Guérin passe ensuite à la démonstration de sa seconde proposition : *Les lésions organiques considérées jusqu'ici comme les caractères spécifiques de la fièvre typhoïde, injections et ulcérations de la muqueuse intestinale, altérations des glandes de Brunner, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques, sont des effets de l'action vésicante virulente des matières typhiques sur ces parties, et les troubles fonctionnels ou symptômes généraux de la maladie sont tout à la fois le résultat de la pénétration et de la dissémination des mêmes matières dans l'organisme et des altérations organiques qu'elles y déterminent.*

Pour la démonstration de cette proposition fondamentale, M. J. Guérin s'appuie sur le témoignage de tous les historiens de la fièvre typhoïde, qui sont unanimes à reconnaître que les altérations typhiques sont presque exclusivement confinées entre la fin de l'iléon et le commencement du cæcum; souvent même la surface iléale de la valvule iléo-cæcale en est criblée, alors que le commencement du gros intestin n'en offre aucune.

La cause de cette localisation tient à ce que les liquides spécialement toxiques de la maladie sont ceux qui proviennent de la fin de l'iléon, qu'ils s'y accumulent et y sont retenus en permanence derrière la valvule iléo-cæcale.

Cette accumulation et cette stagnation sont en parfait accord avec la prédominance des lésions dans cette partie de l'intestin, avec le *nombre*, la *distribution*, les *rapports* et la *gravité* variables des altérations.

L'analyse de ces altérations, appliquée à chacun des organes et des éléments organiques de l'intestin ou du mésentère, montre jusqu'à la dernière évidence, suivant M. Guérin, l'action incessante et toujours présente du ferment typhique sur ces parties.

Les altérations de la muqueuse proprement dite représentent, dans leurs *modes*, *degrés* et *succession*, les différentes *périodes*, *phases* et *degrés* de la maladie. Ces lésions ne siégent pas exclusivement, comme le disent presque tous les auteurs, au niveau des plaques ou des glandes il s'en rencontre indistinctement sur toutes les parties, sous forme de taches d'abord, puis d'un peu d'infiltration avec ou sans ramollissemect, puis enfin à l'état d'ulcération complète.

Les ganglions mésentériques atteints correspondent toujours à une partie atteinte de l'intestin, muqueuse, glandes, ou plaques ulcérées.

Ce sont les ganglions placés au voisinage de la valvule iléo-cæcale qui sont les premiers atteints, qui le sont en plus grand nombre et au degré le plus prononcé.

Les altérations ganglionnaires sont toujours d'une date plus récente, d'une période moins avancée que les altérations intestinales.

Les altérations des ganglions mésentériques offrent dans la série des phases par lesquelles elles passent la reproduction de celles des glandes intestinales : gonflement, ramollissement, ulcération, destruction; et, ce qui est capital, elles renferment parfois, comme ces dernières, un mélange de matière jaunâtre et de sang, *dernier* témoignage de l'unité et de la communauté de leur origine.

De ces quatre ordres de faits, n'est-il pas permis de conclure que le poison pectoral est

passé de l'intestin au mésentère, du mésentère dans les glanglions qu'il renferme; que les altérations ganglionnaires ne sont que la conséquence et le témoignage de ce passage et, finalement, que les altérations successives de l'intestin et des ganglions mésentériques sont bien le produit et l'effet du même agent destructeur, et que cet agent est bien le ferment virulent typhique ?

En terminant cette première partie de son travail, M. J. Guérin rend hommage à la libéralité de ses honorables collègues : MM. Empis, Gueneau de Mussy, Bernutz, Bourdon et Fauvel, ainsi qu'à leurs élèves internes et externes, inspirés par eux, qui l'ont aidé à recueillir les matériaux et à réunir les observations qui ont servi de base à ses recherches.

M. J. Guérin annonce que, dans la prochaine séance, il complétera la démonstration des propositions énoncées au commencement de son travail.

— M. J. Guérin met ensuite sous les yeux de ses collègues de nombreuses et très-remarquables photographies de préparations anatomiques qui démontrent, suivant lui, la réalité des faits qu'il a avancés.

M. Depaul fait observer que la seule partie véritablement originale de la communication de M. J. Guérin est celle dans laquelle l'auteur, rejetant la doctrine généralement admise de la localisation des lésions de la fièvre typhoïde au niveau des plaques de Peyer, croit pouvoir admettre l'existence de ces lésions indistinctement sur tous les points de la muqueuse de la fin de l'intestin grêle. Or, cette opinion paraît à M. Depaul absolument inexacte et contraire à la saine observation.

Quant au fait, signalé par M. Guérin, que les ganglions mésentériques altérés dans la fièvre typhoïde, sont ceux qui correspondent par leur siége aux parties ulcérées de la muqueuse intestinale, c'est là un fait connu de tout le monde et qui ne présente rien de nouveau. Il serait même impossible qu'il en fût autrement, et que l'altération ganglionnaire fût indépendante de l'ulcération de la muqueuse.

M. J. Guérin répond qu'il montrera à M. Depaul, lorsque son collègue le voudra, la réalité des faits qu'il vient de communiquer à l'Académie et des opinions nouvelles qu'il a émises.

Il s'engage également à répondre à toutes les observations que ses collègues voudront bien lui adresser lorsqu'il aura terminé sa communication.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Traitement de la balano-posthite. — Rollet.

On renverse le prépuce, on lave à grande eau la partie malade, on l'absterge au moyen de petits bourdonnets de charpie, et on passe à sa surface le crayon de nitrate d'argent. On lave une seconde fois, on sèche et on rabat rapidement le prépuce. Si, à cause de l'étroitesse de ce dernier, on ne réussit point à effectuer la cautérisation, on pratique des injections avec une solution de nitrate d'argent, ou bien avec des substances simplement astringentes ou résolutives, telles que l'extrait de ratanhia, le tannin, le sulfate de zinc, et on enveloppe l'organe malade de compresses trempées dans un liquide résolutif. — Dans les cas légers, il suffit souvent, pour obtenir la guérison, d'interposer entre le gland et le prépuce un linge imbibé d'une solution astringente. — Quand la balanite est devenue interstitielle, avec gonflement considérable et tous les signes de l'étranglement, il faut débrider à l'aide du bistouri. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 18 Aout 1785.

Jean-Charles De Rambaud meurt à Sedan. Médecin de l'École de Montpellier, il fit une brillante carrière dans la médecine militaire, fut attaché aux hôpitaux de Givet et de Sedan, devint médecin consultant des camps et armées (1777), et s'est fait remarquer par le soin qu'il mettait à communiquer à l'Administration les résultats de ses observations. — A. Ch.

COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique, a Paris. — Concours pour la nomination aux places d'*élèves externes* en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1878, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 8 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 septembre jusqu'au mercredi 26 du même mois inclusivement.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 9 août 1877, sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Martin (Joseph), ancien chirurgien militaire, ancien maire, ancien conseiller général ; 53 ans de services militaires et civils, 4 campagnes (1812 à 1815). Chevalier du 30 avril 1843. — M. Fourgeaud (Gérard) médecin-major de 1re classe en retraite ; 34 ans de services, 8 campagnes, 4 propositions. Chevalier du 22 novembre 1862.

Au grade de chevalier : M. Pambrun (Jean-Marie-Joseph), ancien chirurgien militaire ; ancien médecin ; 55 ans de services militaires et civils, 2 campagnes (1813 et 1814). — M. Huguet (Auguste-Pierre-Alexandre), ancien chirurgien de la marine, ancien médecin aide-major en 1870-71 ; 15 ans de services, 10 campagnes. Infirmités contractées au service, plusieurs propositions.

— Les pharmaciens d'Alger ont informé le public que, du mois de juin au mois d'octobre inclus, leurs établissements seront fermés la journée du dimanche. Six d'entre eux, à tour de rôle, et répartis dans les différents quartiers de la ville, tiendront, ce jour-là, leurs pharmacies ouvertes comme d'habitude ; une liste indiquant leurs noms et adresses sera placardée chaque fois sur la porte des établissements fermés. (*Journ. de méd. et pharm. de l'Algérie.*)

Instruction publique. — Le Président de la République française :

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts ;

Vu l'ordonnance royale du 12 mars 1841, portant organisation des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu les décrets des 4 février 1874 et 14 juillet 1875 ;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Le traitement minimum des professeurs titulaires dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie est fixé à 2,500 fr. au moins par an.

Le traitement annuel des suppléants attachés à ces mêmes établissements est fixé à un minimum de 1,000 fr.

Art. 2. — Le titre de professeur adjoint est supprimé.

Art. 3. — L'enseignement dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie doit être distribué entre onze professeurs au moins, savoir :

Un professeur d'anatomie.
Un professeur de physiologie.
Un professeur d'hygiène et de thérapeutique.
Un professeur de pharmacie et matière médicale.
Un professeur de pathologie externe et médecine opératoire.
Un professeur de pathologie interne.
Un professeur d'accouchements, maladie des femmes et des enfants.
Un professeur de clinique externe.
Un professeur de clinique interne.
Un professeur d'histoire naturelle.
Un professeur de chimie et de toxicologie.

Il y a, en outre, un chef des travaux anatomiques et un chef des travaux chimiques nommés après concours.

Ces derniers emplois peuvent être cumulés avec ceux de profeseur suppléant.

Le traitement de ces fonctionnaires est fixé à 1,000 fr. au moins.

Art. 4. — Il sera inscrit au budget annuel de chaque École un crédit minimum de 2,500 fr. destiné à faire face aux dépenses occasionnées par les frais de cours.

Art. 5. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 août 1877. Mal de Mac-Mahon, duc de Magenta.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Joseph Brunet.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1877

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juillet 1877,

Par M. Ernest BESNIER.

IV. — VARIOLE.

La variole a subi l'atténuation saisonnière habituelle plus accentuée encore que les années précédentes ; elle continue à rester, de beaucoup, inférieure à la moyenne générale de la maladie étudiée aussi loin que le permettent les documents statistiques précis.

Mouvement des varioleux dans les hôpitaux civils de Paris pendant le deuxième trimestre des années 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877 :

Mois	1872		1873		1874		1875		1876		1877	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Avril..............	35	11	2	0	6	1	36	10	37	3	39	4
Mai................	22	4	4	0	1	1	69	20	49	10	39	8
Juin...............	22	2	5	0	1	0	76	6	84	15	27	1
Totaux.......	79	17	11	0	8	2	181	36	170	28	105	13

Quelque imparfait que soit l'isolement dans les hôpitaux civils, il a cependant, je ne cesserai de le répéter, rendu un service immense, en supprimant la variole dans les salles communes, où chaque varioleux devenait dangereux non-seulement pour ses voisins, mais encore pour les parents des malades qui viennent en grand nombre dans les salles aux jours de visite publique.

Il ne faut pas oublier cependant que la mesure prise par l'Assistance publique ne doit être considérée que comme un acheminement vers l'isolement radical, seule pratique qui soit digne de l'époque médicale actuelle, et qui soit de nature à couvrir la responsabilité de l'administration.

Quelque soin que l'on prenne pour rendre effectif l'isolement pratiqué dans un hôpital général, mille circonstances imprévues ou inconnues viennent le rendre illusoire. Il est vraiment incompréhensible que ces vérités élémentaires, qui sont la base même de l'hygiène hospitalière, soient et restent méconnues de l'administration hospitalière civile ou militaire. Notre savant collègue, M. Vallin, avec une persévérance qu'on ne saurait louer trop hautement, ne cesse de s'associer à nous pour démontrer jusqu'à satiété l'insuffisance absolue de cet isolement incomplet.

« La variole avait cessé complétement à l'hôpital pendant l'été et l'automne derniers ; le service avait été fermé. Le 5 et le 17 janvier, 2 cas sont venus du dehors ; on les a placés dans une salle spéciale située dans un corps de bâtiment isolé, et dont la porte est consignée aussi bien aux malades de dedans qu'aux personnes étrangères au service. Malgré ces précautions, il est entré pendant le mois de février 14 cas de variole, qui *tous* ont été contractés dans l'intérieur même de l'hôpital ; 13 cas ont été fournis par des malades qui étaient en traitement depuis plusieurs semaines pour une autre affection. En quatre jours, du 18 au 24 février, 6 de ces malades ont été atteints dans la même salle (service de vénériens), sans qu'il ait été possible de retrouver l'origine de ce foyer intérieur. Le quatorzième cas s'est produit dans les circonstances suivantes : Le sergent de planton au poste de l'hôpital a été appelé, le 13 février, à constater l'inventaire après décès d'un homme qui venait de succomber dans le service des varioleux ; il ne séjourna que cinq minutes dans la salle, et cependant, douze jours après, le 25 février, il entrait dans le service, atteint lui-même de variole.

En mars, je reçus 10 autres cas, dont 2 cas intérieurs. En avril, 9 cas, dont 2 cas intérieurs. En mai, néant. En juin, néant.

En résumé, dans les quatre premiers mois de l'année, 35 cas de variole, dont 18 cas intérieurs. C'est la proportion de cas intérieurs (1 sur 2) que nous retrouvons constamment dans le service. Et cependant toutes les précautions sont prises. Les infirmiers attachés à ce service couchent dans la salle; celle-ci est assez bien isolée; les vêtements et la literie ont été réellement désinfectés au moyen du soufre qu'on fait brûler pendant plusieurs heures dans un cabinet spécial où sont exposés les objets suspects, etc. On en pourrait conclure une fois de plus que l'isolement des varioleux dans un service spécial au milieu d'un hôpital commun est illusoire, et qu'il est nécessaire de consacrer un hôpital distinct au traitement des varioleux, comme on le fait à Londres et dans plusieurs autres villes. »

V. Fièvre typhoïde.

Je n'apprendrai rien à ceux qui m'ont fait l'honneur de lire mes rapports, ou d'en écouter la lecture, en leur disant que la fièvre typhoïde est arrivée, pendant le deuxième trimestre de l'année, au point le plus déclive de sa *courbe saisonnière normale*, assujettie en cela à la ligne tracée d'avance dont elle suit invariablement la *direction*, même dans les paroxysmes épidémiques les plus accentués.

De 992 décès (chiffre de paroxysme épidémique) appartenant au dernier trimestre de l'année 1876, la ligne mortuaire typhoïde s'est abaissée à 361 pendant le premier trimestre de 1877, puis à 196 pendant le deuxième. Le niveau le plus bas de la courbe est atteint, sinon dépassé; le mois de juillet sert de période d'oscillation; puis la courbe remonte à partir du mois d'août pour ne plus fléchir définitivement qu'à l'arrivée de l'hiver.

Il y aura donc, pendant le mois d'août et les mois suivants, une augmentation nouvelle des décès typhoïdes; cela peut être affirmé sans hésitation; le degré seul de cette augmentation est variable, son existence est immuable.

Quelque intense qu'ait été le paroxysme épidémique de la fin de 1876, la déclinaison saisonnière du printemps de 1877 n'en a pas moins ramené presque mathématiquement le chiffre mortuaire de la fièvre typhoïde au taux moyen de la période correspondante des années ordinaires.

Le tableau suivant, qui indique le nombre des décès typhoïdes à Paris pendant le deuxième trimestre des années 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, permet de suivre très-exactement le parallèle que nous indiquons.

MOIS	1872	1873	1874	1875	1876	1877	TOTAUX
Avril	69	69	42	79	72	69	400
Mai	43	51	45	68	45	80	332
Juin	50	36	53	89	53	47	328
	162	156	140	236	150	196	1060

Voici maintenant, pour faire suite aux études commencées, le dénombrement de la *mortalité typhoïde* à Paris, par mois et par arrondissement, pendant le deuxième trimestre de l'année 1877 :

ARRONDISSEMENTS — MOIS 1877	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Popincourt.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	TOTAUX MENSUELS.
Avril	2	1	1	4	6	3	3	4	1	9	4	5	3	»	2	2	3	6	5	5	69
Mai	7	3	3	2	4	7	5	2	5	7	4	3	1	3	2	1	4	9	5	3	80
Juin	3	2	1	1	1	3	1	»	2	7	5	4	3	2	1	»	4	2	2	3	47
Totaux par arrond.	12	6	5	7	11	13	9	6	8	23	13	12	7	5	5	3	11	17	12	11	196

Ainsi que je l'ai fait remarquer pour le premier trimestre, l'action typhogénique est à ce point rapidement épuisée au sortir d'un paroxysme, que non-seulement la saison ramène la *mortalité absolue* de la maladie à son taux normal, mais encore qu'elle abaisse sa *mortalité relative* au-dessous même de cette normale.

La *moyenne mortuaire* de la fièvre typhoïde, qui avait été si excessive pendant le paroxysme épidémique initial de l'été précédent, s'est abaissée, pendant le deuxième trimestre de cette année, au-dessous du chiffre le plus bas atteint dans les années précédentes.

Le tableau suivant, qui indique la mortalité comparée, absolue et relative de la fièvre typhoïde pour les hôpitaux et hospices civils de Paris pendant les mois d'avril, de mai et de juin 1877, et pendant la période correspondante de huit années antérieures réunies, permet de donner les détails de cet abaissement extraordinaire de la mortalité typhoïde.

MOIS	DEUXIÈME TRIMESTRE 1877			DEUXIÈME TRIMESTRE de huit années antérieures réunies.		
	Mouvement	Décès	P. p. 100	Mouvement	Décès	P. p. 100
Avril.	89	17	19.10	628	159	25.31
Mai.	97	20	20.64	562	105	18.68
Juin	101	16	15.84	649	118	18.18
Totaux.	287	53	18.46	1839	382	20.77

VI. — Fièvres intermittentes.

Comme toujours, au printemps, augmentation de fréquence des formes manifestes ou larvées de la *fièvre tellurique nostras*, habituellement bénigne, quelquefois cependant pernicieuse dans certaines conditions d'individu, ou d'infection toute localisée à un quartier, une rue, le plus souvent une habitation autour de laquelle ont été opérés des mouvements de terrains infiltrés.

J'ai tant de fois précisé ce qui se rapporte à ce sujet pour notre ville, que je n'ai pas à y insister de nouveau.

Je rapporterai seulement, à titre de donnée pratique importante, la communication suivante de M. Jules Simon sur la fréquence des *accidents intermittents*, justiciables du sulfate de quinine *chez les enfants :*

Pendant les deux derniers mois qui viennent de s'écouler, écrit M. J. Simon à la commission, j'ai été frappé, chez les enfants, du nombre relativement plus considérable de véritables fièvres intermittentes bien caractérisées, et qui cédaient rapidement au sulfate de quinine.

Il m'a été donné d'observer, en outre, 4 cas fort singuliers d'enfants atteints de manifestations ou nerveuses ou fébriles, simulant un début de maladie cérébrale, ou plus complexe encore, et qui guérissaient sous l'influence seule du sulfate de quinine, alors que tous les autres moyens avaient échoué depuis huit à dix jours. Cette guérison ne s'est point démentie, et le fait mérite d'autant plus d'être signalé que, d'une part, il n'est peut-être pas aussi rare qu'on serait tenté de le supposer, et que, d'autre part, certaines affections cérébrales, la méningite tuberculeuse surtout, peuvent en imposer pour la fièvre intermittente. La confusion n'existe point dans les observations auxquelles je fais allusion. Voici d'ailleurs un aperçu de leur physionomie.

Ces 4 enfants étaient atteints, en apparence, d'embarras gastrique ou d'angine inflammatoire compliqués de fièvre revenant par accès, laissant l'enfant absolument libre, par intervalles d'ailleurs fort courts, et de céphalalgie d'une telle intensité que l'enfant ne pouvait goûter un sommeil réparateur. Il était constamment réveillé par une douleur sourde, semblant se dissiper de temps en temps pour devenir plus vive peu de temps après.

Ces enfants, dont l'un avait 3 ans et les autres de 10 à 12 ans, loin d'être soulagés au huitième ou dixième jour de traitement par des vomitifs, des purgatifs, du bromure, tom-

baient, au contraire, dans la prostration. Le teint devenait sans transparence, et l'appétit, la gaieté tout à fait perdus. La peau était chaude à certaines heures et la fièvre s'allumait à ce moment-là. Ils ne voulaient plus, comme auparavant, sortir du lit. Je les voyais rechercher de plus en plus le calme et l'isolement des autres enfants. Il y avait donc là un état général surajouté aux symptômes ordinaires d'un embarras gastrique, même à fièvre rémittente bilieuse. Etat général bizarre, sans vomissement, sans déviation des yeux. Le foie m'a paru plus volumineux, et la rate non-seulement plus volumineuse, mais, dans un cas, atteinte d'une véritable sensibilité.

On ne pouvait en aucun cas, néanmoins, porter un diagnostic certain. Il y avait tout lieu de craindre quelque explosion grave du côté des centres nerveux.

Un seul de ces enfants venait des pays chauds, de la Havane; quant aux autres, ils habitaient ou Paris ou les environs, mais pas dans des conditions qui semblent devoir engendrer la fièvre palustre.

C'est en présence d'une symptomatologie aussi confuse et à titre d'essai, conduit par l'exclusion, que j'arrivai à donner de hautes doses de sulfate de quinine (0,60 centig. à l'enfant de 3 ans, et 0,70 à 0,80 centig. aux enfants de 10 à 12 ans, dans du café et pris à doses fractionnées, douze heures avant certains malaises indiqués par les parents).

Le résultat fut prodigieux. En deux fois vingt-quatre heures, les enfants étaient sinon complétement guéris, au moins tellement transformés, qu'on ne pouvait douter d'un prompt rétablissement. C'est ce qui eut lieu.

Je suis en possession d'un certain nombre de faits semblables. Je les publierai plus tard *in extenso*, en recherchant l'étiologie de la fièvre intermittente chez les enfants dans la capitale. Ils m'ont semblé plus fréquents pendant le dernier trimestre. C'est pour ce motif que je les apporte au Bulletin des maladies régnantes. »

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

DU TUBERCULE DU TESTICULE ET DE L'ORCHITE TUBERCULEUSE, par le docteur P. Reclus, prosecteur à la Faculté. Paris, 1876; Ad. Delahaye.

Ce travail est la monographie la plus complète et la plus intéressante que nous possédions aujourd'hui sur le testicule tuberculeux. Il vient heureusement combler une lacune qui existait encore dans l'histoire des affections de la glande séminale. Il y en a d'autres, il est vrai; tout n'est pas dit sur les cancers et la maladie kystique, et nous marchons encore à tâtons au milieu des orchites chroniques. Je dirai même que le chapitre où M. Reclus traite *de l'orchite chronique dans ses rapports avec le tubercule*, ne résout pas toutes les difficultés sur ce dernier point, et que, pour le lecteur attentif, à côté des éclaircissements que donne l'auteur, surgissent de nombreux points d'interrogation. Mais il a tenté dans ce sens un effort louable, et surtout l'ensemble de la question apparaît nettement; la description anatomique et clinique du testicule tuberculeux est donnée avec détail et méthode; en un mot, l'histoire de cette affection, dont il fallait chercher les éléments dans vingt travaux différents, et encore sans arriver à une idée précise de sa véritable nature, est aujourd'hui conduite à peu près au même point que celle de l'orchie syphilitique, si magistralement exposée dans les leçons de M. A. Fournier. (*Du sarcocèle syphilitique*, A. Delahaye, 1875.) Désormais les faits nouveaux, les corrections de détail, viendront se grouper naturellement et sans violence dans un cadre nettement tracé.

Le premier chapitre, consacré à l'*Historique*, nous montre comment, depuis la remarquable monographie de Dufour, en 1854, les auteurs ont successivement indiqué et décrit les deux formes principales du testicule tuberculeux, la forme chronique, et la forme aiguë ou suraiguë. Cette dernière, à peine étudiée jusqu'ici, sera plus loin jugée digne, par l'auteur, d'une description particulière, sous le nom d'*orchite tuberculeuse*, qui a l'avantage de bien caractériser son évolution clinique, franchement inflammatoire, et de l'opposer au *tubercule du testicule*, forme ordinaire, à marche lentement progressive, et à poussées subaiguës bien connues de tous les chirurgiens.

L'étude historique nous fait encore assister à l'évolution des idées sur l'anatomie pathologique et sur la nature de la maladie. Elle nous montre comment, en dépit de l'opinion très-nettement posée par Dufour, et malgré l'autorité et les descriptions admirables de Cruveilhier, on en vint peu à peu à ne voir, dans le tubercule du testicule, qu'une forme d'orchite caséeuse, sans rapport avec la tuberculose. Les idées dualistes de Virchow et des Allemands sur la phthisie pulmonaire, l'opinion absolue de Rindfleisch niant l'existence de la granulation grise

dans la glande séminale, contribuèrent à établir cette erreur, qui se trouve défendue en termes exclusifs dans la thèse récente de Mougin. Aujourd'hui, les unicistes ont repris le dessus, avec Thaon et Grancher; on a trouvé et mis hors de doute l'existence de la granulation grise dans le parenchyme testiculaire; il faut en revenir aux idées de Cruveilhier, et déclarer que le testicule devient réellement tuberculeux, au sens littéral du mot.

Je passe, sans y insister, sur le second chapitre, où sont examinés les rapports avec l'orchite chronique. L'auteur s'efforce d'y rendre la question claire, en mettant du côté de la tuberculose les testicules gros, et du côté de l'orchite simple les testicules atrophiés. Pour lui, orchite chronique veut dire sclérose du testicule; et il éloigne, comme un cauchemar importun, certains abcès à évolution lente, dont l'histoire n'est pas bien nette dans son esprit, ni dans le nôtre.

Les chapitres suivants sont le développement des deux points essentiels annoncés dans les premières pages : présence et évolution du tubercule, caractères et marche des deux principales formes cliniques.

Les *lésions* sont décrites avec soin dans l'épididyme, le testicule, le cordon, la prostate, la vessie, les reins. L'auteur avait pour guide, dans cette difficile étude, les observations histologiques de M. Malassez, qui jettent un jour tout nouveau sur le siége précis et le mode d'évolution de la granulation tuberculeuse. Dans l'*étiologie*, on trouve l'étude des rapports entre la tuberculose génitale et la tuberculose pulmonaire; celle des causes déterminantes, la question de l'âge, etc. La *symptomatologie* donne une description séparée et complète des deux formes principales, *orchite tuberculeuse* et *tubercule du testicule*, annoncées par le titre même de l'ouvrage et par l'Introduction. Elle est suivie d'un paragraphe important sur le *fongus tuberculeux*, dont l'intérêt est incontestable, en ce qu'il contribue à fixer nos idés sur ce nom fastidieux de fongus, que les leçons de M. A. Fournier, citées plus haut, ont déjà singulièrement éclairci. On peut dire qu'aujourd'hui ce vieux mot n'est plus une énigme indéchiffrable. Le chapitre consacré au *diagnostic* se divise en deux parties : dans l'une, l'auteur distingue l'orchite tuberculeuse *des* inflammations aiguës de l'organe (et non *d'avec*, comme il le dit en vrai barbare); dans l'autre, il différencie le tubercule du testicule des affections chroniques et des tumeurs qui peuvent envahir la glande. « Mais sur ce point, dit-il, nous serons bref, car rien n'est plus factice que l'article *diagnostic*, que l'on allonge ou raccourcit à son gré. » Nous sommes entièrement de son avis. Dans le *traitement* enfin, on trouvera mis à leur place les différents procédés, incision, cautérisation, et la question si controversée de la castration posée et discutée dans d'excellents termes. Le tout suivi d'un recueil d'observations et de fort belles planches en lithographie.

En somme, la thèse de notre collègue nous donne, avec le mémoire de Malassez (*Arch. de phys.*, p. 57, 1876), le dernier mot de la science contemporaine sur l'affection tuberculeuse de la glande séminale. Elle nous réconcilie avec une question qui avait le don de nous irriter, et qui certainement faisait le malheur de bien des étudiants, faute d'un travail bien fait qui en donnât le tableau exact et empreint d'une autorité suffisante.

L.-Gustave Richelot,
Prosecteur à la Faculté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. L. de Sinety adresse une note intitulée : *De l'ovaire pendant la grossesse.*

« Les observations contenues dans cette Note sont uniquement relatives à la femme. Chez celle-ci, en effet, on a observé depuis longtemps que le corps jaune résultant de la cicatrisation d'un follicule de Graaf atteignait des dimensions beaucoup plus considérables dans le cas où il y avait fécondation que dans le cas contraire.

Plusieurs auteurs, et Coste en particulier, ont décrit au point de vue macroscopique les diverses phases d'évolution de ces corps jaunes de la grossesse. Coste dit, à propos de ces derniers, « qu'ils ont chez la femme enceinte un caractère qui leur est propre et qu'ils conservent jusqu'à la fin du quatrième mois de la gestation. Plus tard, pendant la période de décadence, ils sont beaucoup plus difficiles à distinguer de ceux qui n'ont pas éprouvé l'influence de la grossesse. »

Cette opinion de Coste peut être vraie, jusqu'à un certain point, si l'on se contente d'un examen à l'œil nu et d'une mensuration du corps jaune; mais elle est absolument erronée si l'on étudie plus attentivement ce qui se passe au point de vue histologique.

En effet, les caractères anatomiques du corps jaune de la grossesse sont déjà très-tranchés du deuxième au troisième mois; mais ils vont en s'accentuant à mesure que la grossesse

avance, et sont d'autant plus caractéristiques qu'on se rapproche davantage du terme de la gestation. Du reste, le corps jaune provenant du dernier follicule rompu n'est pas le seul à subir cette influence de la grossesse; et à une certaine période de cet état physiologique, un assez grand nombre de follicules de Graaf, contenant encore leur ovule, présentent aussi des changements de structure qui amènent leur atrésie. Ces follicules ainsi atrésiés ont un aspect tout spécial et qui permet très-bien de les différencier d'avec un follicule atrésié, chez une femme à l'état de vacuité.

Si, après un durcissement convenable (alcool, acide picrique, gomme et alcool), on pratique des coupes du corps jaune de la grossesse chez une femme arrivée au deuxième ou troisième mois de la gestation, on voit qu'à cette époque la cavité centrale n'est pas encore comblée. Cette cavité est limitée par deux couches de tissu. La plus interne est formée par du tissu fibreux pauvre en éléments cellulaires. Cette couche, colorée en rose par le picrocarminate et restant à peu près incolore après l'action de la purpurine, est un vrai tissu cicatriciel de nouvelle formation et que je n'ai jamais rencontré en dehors des corps jaunes, sur aucun point de l'ovaire. Cette couche de tissu fibreux ne présente aucune différence de structure dans le corps jaune résultant de la déchirure d'un follicule dont l'ovule n'a pas été fécondé. Sa couche la plus externe, gardant une coloration jaunâtre après le picrocarminate et fortement colorée par la purpurine, possède une structure beaucoup plus complexe. Au milieu de nombreux vaisseaux de divers calibres, accompagnés sur certains points de travées de tissu conjonctif, on observe des granulations jaunâtres libres et des éléments cellulaires des dimensions les plus variées, depuis celles d'un globule blanc jusqu'à ces énormes cellules géantes, plus ou moins chargées de granulations. Ces éléments ont, du reste, été étudiés et décrits depuis longtemps, et en particulier par M. Robin.

Si, après avoir coloré ces coupes à la purpurine, on les plonge pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers et qu'on traite ensuite la préparation par le pinceau, on voit, après avoir sur ce point chassé les éléments cellulaires, que le stroma est formé sur ce point par du tissu réticulé, absolument comparable au tissu caverneux des ganglions lymphatiques.

En dehors de cette couche, on rencontre le tissu propre de l'ovaire, toujours moins dense en se rapprochant du follicule, si bien que beaucoup d'auteurs l'ont décrit comme une couche spéciale.

L'hypertrophie de la couche de tissu lymphatique réticulé s'accentue de plus en plus, à mesure que la grossesse s'avance. Dans le corps jaune que je viens de décrire (deux ou trois mois), cette couche avait à peu près la même épaisseur que la couche fibreuse; tandis que sur l'ovaire d'une femme morte à six mois de grossesse, le tissu fibreux, plissé et revenu sur lui-même, comblait la cavité et ne formait que le tiers de la masse totale du corps jaune.

Enfin, chez la femme à terme, le tissu fibreux n'est plus représenté que par un petit noyau central et les trois quarts du corps jaune sont constitués alors par le tissu lymphatique. Les mêmes caractères spéciaux se retrouvent dans les follicules atrésiés. La cavité s'oblitère peu à peu par la formation de tissu muqueux, comme chez la femme à l'état de vacuité. Mais, là encore, la zone de tissu réticulé a subi une hypertrophie d'autant plns considérable que la grossesse est plus avancée. C'est donc cette hypertrophie graduelle des tissus et des éléments, constituant la membrane propre du follicule, qui caractérise aussi bien le corps jaune que le follicule atrésié pendant la grossesse, et les différencie de ces mêmes produits dans l'état de vacuité.

Quant au mode d'oblitération de la cavité folliculaire, il est le même, qu'il y ait ou non grossesse : formation de tissu cicatriciel, fibreux, dense et pauvre en cellules, si le follicule a expulsé son ovule; production, au contraire, de tissu muqueux, riche en éléments cellulaires, si le follicule est revenu sur lui-même et s'est atrésié sans avoir expulsé son contenu.

J'ajouterai que le nombre des follicules atrésiés m'a paru beaucoup plus considérable chez la femme pendant la grossesse qu'à l'état de vacuité.

Comme je le disais au commencement de cette Note, la gestation imprime aux ovaires de la femme un cachet tout spécial qui ne se localise pas au dernier follicule déchiré et que l'on observerait peut-être encore dans d'autres organes, ou dans des cicatrices évoluant sur d'autres points.

C'est ce qui fait en ce moment le sujet de mes recherches. »

M. Cl. Bernard, au nom de M. Malassez, présente une note sur la richesse des globules rouges en hémoglobine.

M. V. Feltz résume dans la conclusion suivante les nouvelles expériences qu'il a entreprises sur le chloroforme et sur la septicité des sangs putréfiés :

« Le chloroforme, mêlé au sang putréfié septique sous forme de vapeurs ou directement ajouté à ce liquide, n'a aucun effet appréciable ni sur les vibrions, ni sur la septicité des sangs

putréfiés. Sous ce rapport, l'action du chloroforme n'est pas comparable à celle de l'oxygène comprimé, de l'alcool, de la dessiccation et même du temps.

Le chloroforme ne peut donc pas servir à séparer dans les sangs putréfiés septiques les ferments diastasiques des ferments organisés. »

M. le professeur Bouillaud a communiqué à l'Académie de nouvelles et fort importantes considérations sur la localisation des centres cérébraux régulateurs des mouvements coordonnés du langage articulé et du langage écrit. — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire : Uranoplastie et staphylorrhaphie. — Présentation de malades : Blépharorrhaphie. — Taille pratiquée avec le thermo-cautère. — Présentations diverses.

M. Lannelongue, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance, par M. Trélat, relative à l'urano-staphylorrhaphie, demande à exposer quelques résultats de sa pratique, différente à certains égards de celle de M. Trélat.

Au point de vue du procédé opératoire, M. Lannelongue établit une distinction entre les divisions congénitales de la voûte osseuse, suivant que la division occupe toute la longueur de la voûte ou suivant qu'elle est limitée à l'une de ses parties, soit la partie antérieure, soit la partie postérieure.

Dans la division totale, le voile est lui-même entièrement divisé, cette division étant accompagnée ou non de bec-de-lièvre, de déplacement de l'os intermaxillaire, etc.

Les divisions partielles constituent deux groupes : 1° les fissures antérieures, qui ne rentrent pas dans le cadre du travail de M. Lannelongue ; 2° les fissures postérieures, dans lesquelles le voile est toujours divisé, la fente de la voûte palatine étant plus ou moins étendue et pouvant ne comprendre qu'une partie de cette voûte, se limiter aux os palatins, par exemple, ou s'étendre plus loin, entre les maxillaires, jusqu'au trou palatin antérieur et jusqu'à l'arcade dentaire elle-même. Elles sont dites médianes, unilatérales, bilatérales, suivant leurs rapports avec le vomer.

Relativement à la question de l'âge auquel on peut pratiquer l'uranoplastie ou la staphylorrhaphie, M. Lannelongue dit que l'expérience s'est montrée défavorable à la pratique des chirurgiens qui ont opéré les enfants trop peu de temps après leur naissance. De 15 jours à 1 mois, les résultats ont été désastreux, tant au point de vue de l'opération en elle-même qu'au point de vue de la vie des petits opérés. Après le premier mois, les résultats sont plus satisfaisants, et deviennent meilleurs à mesure que l'âge des petits opérés augmente.

M. Lannelongue n'accepte pas que l'uranoplastie soit une opération d'urgence, et il croit qu'il ne faut la pratiquer que lorsque l'enfant se trouve dans des conditions favorables. Or, ces conditions lui paraissent, comme à M. Trélat, se réaliser mieux entre 2 et 4 ans. C'est aussi l'âge où la staphylorrhaphie a plus de chances de succès.

Les opérations pratiquées par M. Lannelongue l'ont été par un procédé dont l'idée appartient à Dieffenbach, mais qui porte le nom de procédé de Fergusson, parce que ce chirurgien anglais l'a tiré de l'oubli où il était tombé en le reprenant en 1874, et en l'appliquant plus de quatre-vingts fois en peu de temps.

Dans ce procédé, l'avivement se fait comme dans le procédé de Baizeau, Langenbeck, etc., avec cette différence qu'il doit être plus profond, comprendre, en un mot, une plus grande épaisseur du bord. De plus, vers l'angle, il importe de ruginer plus profondément cet angle, et, quand il est arrondi, de le rendre plus aigu par l'adjonction d'une petite incision verticale au delà de la fente.

Dans un deuxième temps, on fait, sur la voûte, avec un scalpel, deux incisions dépassant en longueur, en arrière et en avant, les limites de la fissure osseuse. Chacune de ces incisions est placée, de chaque côté, à une distance de la fente qui égale la moitié de la distance qui sépare le bord de la fente de l'arcade alvéolaire. Pour calculer la place que doivent occuper ces incisions, M. Lannelongue procède un peu différemment ; avec un stylet recourbé il mesure la largeur de la portion horizontale de chaque moitié du palais, et c'est un peu en dedans de cette limite qu'il fait les incisions. Les incisions pratiquées, avec le ciseau et le maillet, on fend la voûte et on arrive dans les fosses nasales. Suivant l'étendue de la division osseuse, on recommencera cette manœuvre en procédant d'arrière en avant. Dès qu'on a obtenu le résultat, on rapproche avec force les deux moitiés du palais, et on place en contact les bords avivés ; les deux moitiés du voile se rapprochent en même temps ; il n'y a plus qu'à procéder à la suture.

Dans les premiers temps, Fergusson faisait le rapprochement de ces lambeaux ostéo-muqueux, en passant ces fils dans les nouvelles incisions latérales ; mais il ne tarda pas à y

renoncer, pour faire la suture osseuse proprement dite. Il a fini même par préconiser l'affrontement sans suture. Pour obtenir ce résultat, il se borne à remplir de bourdonnets de charpie les trous latéraux, qui font l'office de tampons et maintiennent en contact les bords avivés des lambeaux. M. Lannelongue dit qu'il n'oserait pas, pour son compte, souscrire à cette dernière pratique sans y apporter la plus grande vigilance, à cause de ses dangers; néanmoins, il y a des cas où le rapprochement des lambeaux se fait si aisément, que l'on comprend qu'elle soit venue à l'esprit du chirurgien anglais.

Malgré quelques inconvénients de la suture simplement muqueuse, c'est à elle cependant que M. Lannelongue a eu recours, eu prenant la précaution de rapprocher les fils très-près de la solution de continuité et de les appliquer superficiellement, en même temps qu'il place peu de fils, laissant aux petits tampons le rôle d'auxiliaires pour le rapprochement.

Les points à noter pendant l'application de ce procédé sont les suivants : 1° l'hémorrhagie très-considérable qui se produit lorsqu'on arrive, avec le ciseau, dans la cavité nasale : elle effraye d'abord, mais, en général, elle cesse promptement par la simple application du doigt sur les lambeaux; 2° les manœuvres que l'on fait pour obtenir, dans les lambeaux ostéo-muqueux, une liberté nécessaire à leur rapprochement. Ce sont des manœuvres de force, presque violentes, qui doivent aboutir à la fracture des os près de leur extrémité antérieure, et, en déployant cette force, il est arrivé à M. Lannelongue d'avoir la crainte de briser l'arcade alvéolaire sur laquelle s'appuyait son levier. Ce sont les principales difficultés. Ajoutons qu'en faisant la suture, il faut penser à ne pas séparer la muqueuse palatine des os compris dans chaque lambeau; on s'exposerait ainsi à des nécroses ultérieures.

Les avantages de ce procédé, comparé à celui de Baizeau, Langenbeck, Varren, sont : de tailler des lambeaux ayant plus de chance de réunion, car ils sont plus épais, mieux nourris, et leur affrontement se fait sur un bord plus étendu comprenant trois plans : la muqueuse palatine, les os et la muqueuse nasale; en outre, une fois mis en contact, ils sont moins exposés à l'une des causes d'insuccès les plus communes dans l'urano-staphylorrhaphie, à savoir : la désunion secondaire, provenant de la tendance qu'offrent les lambeaux simplement muqueux à être toujours ramenés en dehors. Enfin, au point de vue du résultat plastique, M. Lannelongue croit que la voûte osseuse est mieux rétablie. Osseuse et dure sur la ligne médiane, elle n'est interrompue dans la continuité des os que sur les parties latérales, au niveau des incisions libératrices. Là se forme un tissu fibreux dense, résistant, qui assure la solidité définitive des os en remplaçant le vide qui les sépare. Se fait-il, à ce niveau, du tissu osseux? M. Lannelongue en doute; mais, quoi qu'il en soit, la résistance de la voûte est telle, qu'elle ne s'oppose à aucun des actes de la mastication.

Au point de vue de la phonation, ce procédé, suivant M. Lannelongue, ne donnerait pas de résultats meilleurs que celui de Baizeau et Langenbeck. Par l'un comme par l'autre, l'amélioration du langage peut être portée à un très-haut point, mais on ne parvient jamais à le rétablir dans son intégrité.

Les cas dans lesquels paraît convenir, de préférence, le procédé de Fergusson sont : d'abord les solutions de continuité accidentelles, dans lesquelles le procédé de Langenbeck échoue si souvent. Entre toutes les divisions accidentelles de la voûte palatine, celles qui sont allongées, auraient-elles jusqu'à 2 centimètres de longueur, si elles n'ont pas des dimensions transversales trop considérables, semblent les plus favorables à l'application du procédé ostéo-muqueux.

Les divisions congénitales dans lesquelles cette méthode a donné à M. Lannelongue les meilleurs résultats sont celles où la fente osseuse n'a pas plus de 1 à 2 centimètres de long. Si l'écartement des bords de la fissure est très-considérable, c'est une condition très-désavantageuse pour le succès de l'opération d'après le procédé Baizeau et Langenbeck; le degré de tension que l'on fait subir aux lambeaux muqueux, pour les maintenir en contact, les expose à une désunion probable. On peut encore considérer, comme étant dans les mêmes conditions, les cas, assez nombreux, dans lesquels la voûte est très-plate. Pour ceux-ci, comme pour les précédents, le procédé de Fergusson se présente avec quelques avantages. En est-il de même pour les fissures plus étendues de la voûte palatine? Les faits semblent se prononcer pour la négative.

Le procédé de Fergusson, d'après M. Lannelongue, reste une ressource précieuse dans les cas où une opération antérieure a échoué. Il semble contre-indiqué dans les cas assez fréquents où le vomer, s'implantant sur un des bords de la fente, viendrait s'opposer au déplacement d'un lambeau ostéo-muqueux de ce côté.

Les opérés de M. Lannelongue sont au nombre de 8, 6 filles et 2 garçons. Le plus jeune avait 4 ans 1/2, le plus âgé 18 ans. Sur ce nombre, il y a eu 5 guérisons, 1 insuccès et 2 résultats incomplets, mais susceptibles d'amélioration.

Dans tous ces faits, à l'exception du premier, M. Lannelongue a pratiqué en une seule séance

l'urano-staphylorrhaphie; toutes ces difformités étaient incomplètes et s'étendaient à des distances plus ou moins grandes du côté antérieur de la voûte palatine.

M. Théophile Anger dit qu'il a eu une fois l'occasion d'employer le procédé de Fergusson pour une perforation de la voûte palatine inutilement opérée déjà à deux reprises. La réunion des lambeaux ostéo-muqueux se fit avec une extrême facilité, grâce à de petits morceaux d'éponges qui maintenaient leur exact affrontement.

M. Lannelongue fait observer qu'il faut être très-réservé dans l'emploi des éponges et de l'amadou placés dans les solutions de continuité, car ces substances finissent par faire, dans les tissus, l'office de corps étrangers qu'il est extrêmement difficile de retirer.

M. Verneuil partage complétement l'avis de M. Lannelongue sur les inconvénients des morceaux d'éponges laissés dans les plaies; ils arrivent, au bout de quelque temps, à faire corps avec les bourgeons charnus, et leur extraction devient d'une difficulté extrême. M. Verneuil proscrit absolument une semblable pratique.

M. Panas a vu, dans un cas, un morceau d'éponge, laissé par mégarde au fond d'une plaie d'amputation, pénétrer dans le canal osseux, et y faire l'office d'un corps étranger qu'il fut impossible d'extraire; il fallut, pour l'enlever, faire la résection de l'extrémité osseuse dans laquelle il était engagé, et où il produisait l'effet d'un séquestre.

M. Guéniot déclare que l'éponge préparée, si généralement usitée pour la dilatation du col de l'utérus, est de beaucoup inférieure à la *laminaire;* elle est difficile à extraire; il faut l'arracher, et elle donne lieu à un écoulement de sang. Les tiges de *laminaria* sont bien préférables.

M. Théophile Anger dit que, pour son compte, il emploie habituellement les morceaux d'éponges dans les solutions de continuité internes, et qu'il n'a jamais eu le moindre accident à déplorer.

— M. Verneuil présente un malade auquel il a pratiqué, il y a un an, la blépharorrhaphie pour un ectropion survenu à la suite d'une brûlure. Le malade avait quatre mois lorsque cet accident lui est arrivé, et il a aujourd'hui 22 ans; il avait donc plus de 20 ans lorsqu'il a été opéré. L'ectropion était horrible à voir; il y avait en outre une kératite de très-longue date.

L'opération a parfaitement réussi; pas un seul point de suture n'a manqué. Le malade a gardé son œil fermé pendant un an. M. Verneuil n'a séparé les paupières que depuis quelques jours seulement. Les résultats de restauration lui ont paru aussi beaux que ceux que l'on eût pu obtenir par la blépharoplastie la mieux réussie. Aussi M. Verneuil, d'après un certain nombre de cas analogues qu'il a eu l'occasion d'observer, en est-il arrivé à préférer à l'autoplastie, dans l'ectropion, la blépharorrhaphie comme étant une opération plus simple, quoique aussi efficace, et grâce à laquelle le traitement d'une difformité aussi fâcheuse que l'ectropion est mis ainsi à la portée des plus modestes chirurgiens.

M. Tillaux, tout en trouvant très-beau le résultat obtenu par M. Verneuil, ne pense pas que la blépharorrhaphie doive remplacer dans tous les cas la blépharoplastie. Il est des cas dans lesquels l'autoplastie ne saurait être remplacée au point de vue de la perfection des résultats réparateurs. On n'a pas oublié les magnifiques succès obtenus en ce genre par Denonvilliers.

Chez le malade de M. Verneuil, M. Tillaux trouve quelques imperfections; ainsi l'œil se ferme avec difficulté, et il est à craindre que, dans quelques mois, les deux bords libres des paupières ne puissent parvenir à se joindre complétement.

M. Tillaux ne voudrait donc pas que les succès de la blépharorrhaphie fissent proscrire la blépharoplastie dans tous les cas d'ectropion.

M. Verneuil répond qu'il ne prétend proscrire aucun procédé de blépharoplastie; mais il lui paraît difficile d'obtenir, même par les meilleurs de ces procédés, un résultat plus heureux en un temps aussi court. Tous les chirurgiens n'ont pas l'extrême habileté qui distinguait Denonvilliers dans les opérations d'autoplastie, et la blépharorrhaphie, plus accessible, devient une ressource précieuse pour le plus grand nombre.

M. Panas a fait, il y a trois ans, à l'hôpital Lariboisière, la suture des paupières dans un cas d'ectropion des plus graves et où le succès semblait devoir être impossible. Cependant il a parfaitement réussi. Il croit que la condition du succès est que les paupières prennent l'une sur l'autre un point d'appui mutuel; il faut, pour cela, que les deux paupières soient cicatricielles, sans quoi celle des deux paupières qui a une rétraction plus forte entraîne l'autre de son côté.

— M. Théophile Anger présente un malade auquel il a pratiqué avec succès l'opération de la taille au moyen du thermo-cautère. Ce malade, âgé de 46 ans, avait, à la suite de douleurs néphrétiques, éprouvé à diverses reprises des rétentions d'urine complète. Il avait un rétrécissement du canal de l'urèthre, et ne pouvait uriner habituellement sans dilater d'abord le canal à l'aide d'une petite bougie. Il avait eu, outre de la fièvre, de l'anorexie, des vomissements, et était tombé dans le marasme.

Au mois d'avril dernier, à l'occasion d'une nouvelle rétention d'urine, il s'adressa à M. Anger, qui ne put parvenir à le sonder qu'en se servant d'une petite sonde d'argent à l'aide de laquelle, après avoir franchi le rétrécissement, il rencontra dans la région vésico-prostatique un calcul volumineux qui était la cause de la rétention d'urine.

M. Théophile Anger proposa l'opération, qui fut acceptée avec empressement. Mais le malade était tellement affaibli que M. Anger craignit que la moindre perte de sang ne lui fût fatale. C'est pourquoi il songea à ouvrir une issue au calcul par la voie périnéale au moyen du thermo-cautère. Guidé par un cathéter introduit dans la vessie, M. Anger divisa couche par couche, avec le thermo-cautère, les divers plans du périnée ; mais, arrivé à la paroi uréthrale, il se servit du bistouri pour pénétrer dans le canal, dans la crainte de faire avec le thermo-cautère une perte de substance difficile à réparer. Les tenettes, introduites par la plaie, permirent de retirer, en le fractionnant, un calcul de 3 centimètres de diamètre constitué par du phosphate ammoniaco-magnésien.

Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et la plaie guérit facilement sans le moindre accident. M. Anger prit soin de dilater le canal pendant la cicatrisation de la plaie. Aujourd'hui, il n'existe plus qu'une petite cicatrice linéaire. Le malade urine facilement, ses forces sont entièrement rétablies; une paraplégie complète qu'il avait avant l'opération a totalement disparu, et le malade peut marcher très-longtemps sans se fatiguer.

— Au commencement de la séance, M. Guyon a présenté, au nom de M. Krishaber, un nouveau conducteur destiné à faciliter l'introduction de la canule dans l'opération de la trachéotomie.

La présentation de cet instrument a été l'objet de quelques observations présentées par M. de Saint-Germain, qui l'approuve, et par M. Després, qui la trouve complétement inutile.

Dr A. Tartivel,

M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

Injection contre la blennorrhée. — Gamberini.

Teinture alcoolique d'aloès. . . . . . 16 grammes.
Eau distillée . . . . 120 —

Mêlez. — Trois injections par jour. — Ces injections ne déterminent qu'une légère cuisson momentanée. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 21 Aout 1803.

Guillotin, si justement célèbre dans l'histoire de la jurisprudence du Code pénal, est admis à l'audience du Premier-Consul, pour lui offrir, au nom du Comité central de vaccine, le rapport général sur cette méthode d'inoculation. — A. Ch.

COURRIER

Nécrologie. — Nous annonçons avec regret la mort de M. le docteur Henri Conneau ; il vient de succomber, en Corse, à une longue maladie. M. Conneau était né en 1803, à Milan, de parents français. On peut dire que la vie de cet honorable confrère a été une vie d'affection et de dévouement pour une famille; d'abord pour le roi Louis de Hollande, dont il fut le secrétaire; puis pour la reine Hortense, qu'il entoura, jusqu'à sa mort, des soins les plus pieux ; puis pour Louis-Napoléon, dont il a partagé jusqu'au bout la mauvaise et la bonne fortune. Sa conduite à la prison de Ham, et la part qu'il prit à l'évasion du prince Louis-Napoléon, constituent un trait historique qui honore à jamais la profession médicale. A l'avénement du second Empire, M. Conneau fut nommé médecin en chef de l'Empereur. Il fut élu deux fois député au Corps législatif, puis nommé sénateur et grand-croix de la Légion d'honneur. Il remplit aussi, pendant le second Empire, la mission de dispensateur des dons charitables de la liste civile, et, chaque année, 1,200,000 fr., pour cet objet, passaient par ses mains honnêtes et pures.

M. Conneau était un homme simple, modeste, fuyant le bruit et l'ostentation; bon, serviable et très-empressé à être utile à ses confrères. Il rejeta bien loin la proposition que des amis trop zélés et trop empressés lui firent, de faire revivre en son honneur l'ordonnance constitutive de l'Académie de médecine, qui instituait le premier médecin du Roi président d'honneur

de cette Compagnie savante. M. Conneau se laissa nommer seulement membre associé libre, place que sa mort laisse vacante, et qu'il n'a d'ailleurs jamais remplie.

INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret du 14 août 1877 et d'après l'avis du Conseil supérieur et du comité consultatif de l'instruction publique, ont été nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

MM. Berne, pathologie externe.
Boudet, pathologie interne.
Tripier (Léon), médecine opératoire.
Pierret, anatomie pathologique.
Artaud, clinique des maladies mentales.

— Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,
Vu l'arrêté du 23 décembre 1854, qui détermine les circonscriptions des Facultés et Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie,
Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. — Les départements du Cher et de Loir-et-Cher sont compris dans la circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.
Art. 2. — Le département de la Sarthe est compris dans la circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Fait à Paris, le 10 août 1877. JOSEPH BRUNET.

— Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,
Vu le statut du 9 avril 1825 sur la discipline des Facultés;
Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

L'article 4 du statut sus-visé est modifié ainsi qu'il suit :
« Le ministre peut accorder, par décision individuelle, à des jeunes gens âgés de 19 ans accomplis, l'autorisation de prendre la première inscription au trimestre d'avril. »

Fait à Paris, le 10 août 1877. JOSEPH BRUNET.

— Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,
Vu l'article 49 du statut du 16 novembre 1874, sur l'agrégation des Facultés;
Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Arrête :

L'article 49 sus-visé est modifié comme il suit :
« Art. 49. — Chaque candidat soutient une thèse dont le sujet est choisi dans l'ordre d'enseignement pour lequel il s'est inscrit.
« Les sujets de thèse sont distribués aux candidats à l'agrégation des Facultés de médecine, immédiatement après les épreuves éliminatoires.
« Le depôt de la thèse aura lieu après un délai de douze jours francs, à partir de la clôture des épreuves qui précèdent la thèse. Le nombre des exemplaires déposés est égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure. »

Fait à Paris, le 10 août 1877. JOSEPH BRUNET.

— Le Président de la République française :
Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts;
Vu les ordonnances royales des 2 février 1823, 12 décembre 1824 et 26 mars 1829, qui ont réorganisé les Facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg, et institué des agrégés près ces établissements;
Vu le statut du 16 novembre 1874 relatif à l'agrégation des Facultés;
Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Le stage imposé aux agrégés des Facultés de médecine par les ordonnances et statuts susvisés est supprimé.
Art. 2. — Les agrégés demeurent en exercice pendant une période de neuf années.
Le nombre de ces fonctionnaires est fixé, suivant les besoins du service, par arrêté ministériel pris après avis du Conseil supérieur de l'instruction publique.
Tous les trois ans les agrégés sont renouvelés par tiers.

Art. 3. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 18 août 1877. M[al] DE MAC-MAHON, duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts.

JOSEPH BRUNET.

CONCOURS. — La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance met au concours la question suivante :

« Des avantages de la chirurgie à domicile étendu aux Sociétés de secours mutuels; des meilleurs moyens à employer pour organiser ce service. »

Les récompenses consisteront en une ou plusieurs médailles d'or et d'argent.

Les mémoires devront être envoyés, suivant les usages académiques, avant le 31 décembre 1878, à M. Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

EXPOSITION D'INSTRUMENTS. — La commission du Congrès périodique international des sciences médicales de Genève, nous transmet l'avis suivant :

« Nous avons l'honneur de vous faire savoir :

« 1° Que nous entendons par instruments *nouveaux* tous ceux qui ne sont pas dans le commerce depuis plus de trois ans;

2° Que le Comité mettra *gratuitement* à la disposition de Messieurs les exposants des vitrines (forme pupitre) pour les instruments délicats.

« Nous profitons de cette occasion pour vous rappeler que Messieurs les exposants devront nous faire connaître, avant le 15 août, l'espace dont ils ont besoin pour leur exposition, et que les objets eux-mêmes, ainsi que leur nomenclature exacte, devront parvenir à la Direction avant le 1er septembre prochain.

« *La commission d'Exposition* : D[r] J.-L. REVERDIN, D[r] JULLIARD, F. DEMAUREX, bandagiste. »

LE TÉLÉPHONE. — Nous avons parlé récemment des expériences faites à Boston et à Philadelphie avec un appareil appelé *téléphone*, qui permet de transmettre les sons à de grandes distances au moyen de fils télégraphiques. Le téléphone vient d'être introduit en Angleterre, et une première audition publique de ce curieux instrument a eu lieu, il y a quelques jours, à Londres, au Queen's Theatre, près de Tattenham-Court-Road.

Au nombre des spectateurs on remarquait plusieurs célébrités scientifiques. Les fils électriques ayant été mis en communication avec la salle de concert de Canterbury-Hall, située à Lambeht, près du pont de Westminster, à plus de deux mille yards, le signal fut donné par l'opérateur.

Au bout de quelques secondes, les personnes présentes entendirent le prélude de l'air : *Blue bells of Scotland* (campanules d'Écosse), d'abord assez bas, puis sur un ton plus élevé, chaque note se percevant clairement.

L'appareil de transmission a répété ensuite, aux applaudissements de la foule, le *Home, Sweet home*, et *The last Rose of Sumper*; (*Les Mondes*.)

— Par décret en date du 7 août 1877, rendu sur la proposition du vice-amiral ministre de la marine et des colonies, et vu l'avis du Conseil de l'ordre national de la Légion d'honneur, ont été promus ou nommés dans cet ordre, savoir :

Au grade d'officier : M. Riché (Eugène-Édouard), médecin principal de la marine; 23 ans 1/2 de services, dont 10 à la mer ou aux colonies. Chevalier du 11 mars 1868.

Au grade de chevalier : M. Bavay (Arthur-René-Jean-Baptiste), pharmacien professeur de la marine; 17 ans de services, dont 6 à la mer ou aux colonies. — M. Jubelin (Paul), médecin de 1re classe de la marine; 19 ans de services, dont 11 à la mer. — M. Lequerré (Paul-Émile), médecin de 1re classe de la marine; 17 ans de services, dont 10 à la mer.

— D'après le journal *La Quinzaine*, Miss Brona, citoyenne du comté de Wayme-New-York, vient d'être nommée, au scrutin, par ses compatriotes, *curé* de l'église congréganiste de South-Butier. Après la femme-médecin, la femme-curé; à bientôt, dit le journal *La Quinzaine*, la femme-soldat.

Nous avons déjà en France, en Algérie, la femme-pharmacien. A quand la femme-vétérinaire?

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Amant alterna camœnæ!

Et la muse de notre Académie ne fait pas exception à ce goût des muses pour la variété. La semaine dernière, nous étions en pleine pathogénie de la fièvre typhoïde; cette semaine, nous revenons aux propriétés thérapeutiques du salicylate de soude.

M. le professeur Sée, — et c'était bien naturel de sa part, — a cherché à répondre à quelques objections, ou plutôt à quelques réflexions qui se sont produites depuis sa communication à l'Académie sur l'emploi du salicylate de soude contre les affections rhumatismales et goutteuses. M. Sée a eu, en vérité, peu d'efforts à faire. L'histoire de l'art présente, en effet, peu d'exemples d'un succès pareil à celui de la médication salicylique, et qui ait été aussi général. C'est à ce point que son principal initiateur en France éprouve le besoin de modérer l'enthousiasme de ses admirateurs, de limiter ses indications, et de préciser la nature de son action.

Cette nouvelle intervention de M. Sée a été heureuse et fructueuse. Il a habilement répondu à toutes les observations qui lui ont été présentées. On verra, au compte rendu de la séance, qu'il a eu réponse à tout, même aux exagérations des intransigeants qui voudraient faire du salicylate de soude une panacée à tous les maux. Pour M. Sée, ce médicament n'est pas même un spécifique du rhumatisme et de ses diverses formes. Le salicylate de soude est un simple analgésique, c'est un calmant de la douleur, et c'est déjà un assez beau rôle qu'il a à remplir en thérapeutique.

M. Sée continuera, mardi prochain, cette conférence très-intéressante, et dans laquelle il s'est montré esprit judicieux autant que modéré.

M. le Président a communiqué une lettre que M. Pasteur lui a adressée, et dans laquelle il répond principalement aux objections de M. Colin à la doctrine de l'influence des bactéridies dans la production du charbon. Cette lettre de M. Pasteur est fort sévère contre M. Colin, scientifiquement parlant, bien entendu. Toutes les expériences du professeur d'Alfort sont qualifiées d'insuffisantes ou d'erronées. Mais M. Colin a bec et ongles pour se défendre.

La parole a été donnée, au commencement de la séance, à M. le docteur Bernard, qui a lu un mémoire sur l'*organicité* et l'*organimètre*, deux néologismes dont nous n'avons pu parvenir à comprendre la signification.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1877

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juillet 1877 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

VII. — SCORBUT.

Ainsi que je l'avais pensé et dit dans mon dernier Rapport, l'épidémie de scorbut signalée avait bien trait à la forme qui mérite le nom générique de *scorbut des prisons*, c'est-à-dire de scorbut de l'air confiné, humide, de scorbut de la misère, de l'alimentation et de l'oxygénation insuffisantes, — sans préjudice d'ailleurs de l'action toujours importante de la constitution atmosphérique.

Je ne veux rien ajouter, pour laisser la place immédiatement aux communications de M. le docteur Gustave de Beauvais, de M. Desnos et de M. Lereboullet, sur l'importance desquelles je ne saurais trop appeler l'attention :

(1) Suite. — Voir les numéros des 9, 11 et 21 août.

Prison de Mazas. — Épidémie de scorbut (Premier semestre de 1877)

Communication de M. le docteur Gustave de Beauvais.

Depuis l'installation de la maison d'arrêt cellulaire de Mazas, c'est-à-dire depuis 1852, voici la deuxième épidémie de scorbut que nous constatons : l'une, pendant le siége de Paris, dans l'hiver rigoureux de 1871, si bien étudiée par M. le professeur Lasègue et son chef de clinique M. le docteur Legroux; la seconde, qui se manifesta dans le cours du premier semestre de 1877.

C'est fortuitement que nous avons reconnu l'existence du scorbut, que rien ne signalait à notre attention, les détenus ne se plaignant que de douleurs vagues, contusives dans les membres inférieurs, dans les reins, de difficulté de marcher, et n'accusant pas la présence de nombreuses pétéchies folliculaires qu'ils n'avaient pas remarquées.

Nos premiers malades se sont présentés à la consultation dans les premiers jours d'avril, mais il est évident que l'influence épidémique sur nos prisonniers semble remonter à la seconde quinzaine du mois de février. Cette influence va croissant dans les mois de mars, avril, mai et juin surtout, et s'atténue notablement depuis le mois de juillet. Nos observations portent sur 19 malades, présentant 12 cas de scorbut primitif et 12 cas de scorbut secondaire.

Dans les détenus affectés de scorbut primitif, nous avons remarqué, chez un ajusteur mécanicien, de constitution robuste, écroué depuis le 16 novembre 1876, un type de scorbut pétéchial folliculaire, à forme sthénique, qui s'est rapidement compliqué d'ecchymoses sous-cutanées, considérables, occupant presque la totalité de la jambe gauche, puis d'infiltrations intermusculaires profondes, ayant amené une sclérose notable de la partie inférieure du membre, avec impossibilité de marcher qui persiste à ce jour depuis le 5 avril.

Dans la période de régression de l'épanchement, la peau a pris une teinte bronzée, est devenue lisse, tendue, luisante; la couche superficielle, l'épiderme est mince comme une pelure d'oignon et représente un vernis élastique, susceptible d'un léger plissement sur la couche sous-cutanée, phénomènes si parfaitement décrits par M. Lasègue. Du côté de la bouche, un gonflement avec ramollissement des gencives, qui a été suivi, dans la convalescence, d'une adénite sous-maxillaire très-prononcée.

Chez un tailleur, âgé de 46 ans, de constitution moyenne, écroué depuis trois mois, des taches pétéchiales folliculaires très-noires, très-nombreuses, ont apparu sur les membres inférieurs qui sont très-velus, au niveau principalement d'une fracture récente du péroné. En même temps survenait une stomatite scorbutique qui a produit la carie et la chute de plusieurs dents. Dans la convalescence, sous l'influence de la première sortie au promenoir, par un soleil vif, une poussée très-active de purpura simplex s'est manifestée sur les chevilles et le dos du pied, tranchant par sa rougeur vive sur la teinte sombre des pétéchies folliculaires en résolution. Cet homme, en traitement depuis le 23 avril, souffre encore dans la marche. Les douleurs lombaires persistent.

Dans un troisième cas, chez un garçon de café, âgé de 34 ans, qui venait de subir une première détention de six mois à la Roquette avant d'entrer à Mazas, le 14 mai dernier, nous avons remarqué une stomatite scorbutique grave, caractérisée par des fongosités gingivales, interdentaires, violacées comme des grains de cassis, débordant les dents, saignant facilement, très-douloureuses, avec ulcérations profondes au niveau de dents cariées. Cette stomatite a ouvert la scène morbide avec des douleurs lancinantes profondes dans les aines et les cuisses. La peau ne présentant aucune altération, je croyais à une simulation de maladie, lorsque de larges ecchymoses se manifestèrent à la cuisse droite, vers la partie postérieure, puis dans le creux poplité; ces ecchymoses vont toujours croissant depuis le 12 juillet. Cet homme, qui est garçon de café-restaurant, s'alcoolise souvent.

Nous avons encore noté chez quelques malades des ecchymoses violacées, pointillées à la voûte palatine, tranchant sur le fond jaunâtre décoloré de la muqueuse. Chez d'autres, les veines sous-muqueuses étaient comme variqueuses, et offraient une coloration vineuse.

Chez trois malades, j'ai vu cette rétraction de la jambe sur la cuisse, avec extension impossible, signalée par Lind. J'ai pu constater une oblitération partielle de la veine saphène interne, au-dessous du genou, par des caillots noueux.

L'épistaxis peu abondante a existé deux fois. Je n'ai vu qu'un seul cas d'hémoptysie.

La constipation a été la règle au début de l'épidémie; mais, avec les chaleurs de juin et de juillet, la diarrhée s'est produite et a résisté quelques jours au traitement employé.

L'éruption pétéchiale sur les bras a été rare et peu abondante.

Le scorbut est survenu secondairement sur trois phthisiques. Deux avaient des cavernes au sommet des poumons; un autre offrait de la submatité sous-claviculaire à gauche et des craquements humides.

Le scorbut ne m'a pas paru modifier beaucoup la marche de la maladie antérieure, et n'a

pas pris un caractère plus hémorrhagique ni plus grave que chez les sujets primitivement affectés. Il a compliqué, chez un jeune homme, une pleuro-pneumonie aiguë.

Dans un cas d'anémie des prisons très-prononcée chez un garçon de 20 ans, écroué depuis quatre mois, le scorbut s'est manifesté tardivement sous forme de légères ecchymoses aux chevilles, et quelques pétéchies folliculaires sur les mollets. Ce malade, qui n'était pas albuminurique, offrait la rétraction douloureuse de la jambe gauche sur la cuisse, avec oblitération partielle de la saphène interne.

Le scorbut s'est développé chez deux scrofuleux. L'un portant des oreillons énormes, et atteint de bronchite aiguë.

L'autre, traité antérieurement pour un chancre induré, et une adénite cervicale ulcérée. Le scorbut a été très-léger chez ces deux malades. Chez le dernier, le ramollissement des gencives a causé le déchaussement des incisives inférieures.

L'âge semble avoir joué le rôle d'une cause prédisposante : nous trouvons surtout des jeunes gens parmi nos malades. Ainsi, sur une population habituelle de 1,100 détenus (1), parmi lesquels il y a un certain nombre de vieillards, de vagabonds, aucun n'a été atteint.

Le plus âgé des scorbutiques avait 46 ans, les deux autres 34 et 33 ans; il faut ajouter qu'ils ont présenté d'emblée la forme la plus grave.

Le plus jeune avait 17 ans; trois, 18 ans; trois, 19 ans; deux, 20 ans; un, 21 ans. Les six autres, 25, 26, 27, 28, 29 ans.

Les cas secondaires se sont montrés chez les jeunes sujets, scrofuleux ou tuberculeux.

Les professions ne peuvent pas être mises en cause, si ce n'est celle de garçons de café. Ces individus disent qu'ils étaient gros mangeurs et fort buveurs. Ils ont dû souffrir plus que les autres du régime ordinaire de la prison (2), qui est invariable et le même pour tous, et souvent insuffisant comme qualité et quantité : pas de vin, ni fruits, ni légumes frais. On ne saurait non plus invoquer la durée du séjour dans la prison, car un relevé statistique prouve que les plus anciens détenus ont été épargnés.

On ne peut pas non plus accuser le régime cellulaire, puisqu'il est en vigueur à la prison correctionnelle des Jeunes-Détenus, et on n'a pas observé un seul cas de scorbut dans cette prison. Il est juste d'ajouter, avec notre excellent collègue, le docteur Motet, que le régime alimentaire y est meilleur qu'à Mazas.

L'insuffisance d'air, d'exercice (les détenus n'ont qu'une heure de promenade par jour) (3), peut être une cause adjuvante, mais non déterminante, puisqu'elle agit toujours, et que le scorbut, endémique autrefois dans les prisons, est très-rare aujourd'hui.

Je ne saurais cependant passer sous silence qu'à la prison de Sainte-Pélagie, sur une population variant de 500 à 700 détenus, et à la prison de Saint-Lazare, qui contient quelquefois de 1,300 à 1,600 femmes, on n'a pas observé un seul cas de scorbut.

Selon le récit de M. Oberlin, interne des prisons dans le service de M. Straus, le scorbut régnait déjà en 1876 à la prison de la Santé; il se serait modifié, éteint avec l'apparition des chaleurs de l'été, puis aurait recommencé avec la mauvaise saison. Au dépôt des condamnés, à la Roquette, il n'a été constaté que 6 à 8 cas de scorbut, qui ont été ensuite transférés à l'infirmerie centrale de la Santé.

Pour nous, dans le scorbut actuel qui s'est déclaré à Mazas à partir de la fin de février, nous ne saurions attribuer au régime cellulaire ces manifestations morbides qui n'ont, à notre avis, d'autre origine sérieuse véritable qu'une influence générale, de nature franchement épidémique, qui s'est d'ailleurs révélée en ville dans divers quartiers de la capitale, ainsi que plusieurs de nos confrères l'ont remarqué. Ajoutons que le froid humide persistant, qui a caractérisé l'hiver de cette année, a dû considérablement favoriser le développement de l'épidémie.

Nous avons reconnu dans la marche de la maladie trois périodes bien distinctes : une période d'invasion, caractérisée par une faiblesse générale, la perte d'appétit, l'insomnie, des douleurs musculaires, surtout dans les reins et les membres inférieurs, de la difficulté à marcher. Elle a varié de dix, quinze jours à un mois.

Une deuxième période, d'éruption pétéchiale et de suffusion sous-cutanée avec accidents de même nature du côté de la bouche.

(1) *Mouvements des entrées à Mazas pendant les six premiers mois de* 1877 : Janvier, 707. — Février, 630. — Mars, 678. — Avril, 549. — Mai, 597. — Juin, 596. — 25 juillet, 444.

(2) *Régime alimentaire des prisons :* Pain bis : 750 grammes; bouillon maigre : 5 décilitres; une portion de légumes secs (haricots, lentilles, riz, pois cassés ou pommes de terre), 250 grammes. — *Jeudis et dimanches :* Bouillon gras : 5 décilitres; bœuf cuit et désossé : 125 grammes. L'eau de Seine, donnée pour boisson, est souvent épaisse, limoneuse.

(3) Les promenoirs sont cellulaires.

Une troisième période, de résolution des ecchymoses, de réparation générale ou d'aggravation ultime des hémorrhagies sous-cutanées ou parenchymateuses.

La disparition des taches pétéchiales dans les cas légers a été rapide sous l'influence du traitement et d'un meilleur régime.

Dans les cas d'infiltrations profondes et de sclérose des membres inférieurs, la guérison est difficile et lente à obtenir. La marche, la station verticale sont longtemps compromises.

Comme pronostic, jusqu'à ce jour, nous n'avons eu aucun décès à regretter.

Le traitement a consisté dans des limonades citriques ou sulfuriques, du vin de quinquina, des pastilles de lactate de fer; des citrons, du cresson, et le meilleur régime alimentaire qu'il nous soit possible d'ordonner dans les prisons : du vin, du bœuf, des œufs, du lait, malheureusement pas de fruits ni de légumes verts ou frais.

Quelques bains alcalins ou sulfureux dans la période de réparation ont hâté la guérison et soulagé les douleurs musculaires. Des gargarismes boratés ou alumineux, des cautérisations avec la teinture d'iode, l'usage journalier du cresson et des citrons ont modifié heureusement la stomatite.

La solution concentrée d'hydrochlorate d'ammoniaque, recommandée par M. Lasègue pour les larges ecchymoses et les infiltrations profondes des membres inférieurs pour la sclérose, m'a rendu de réels services, et calmait les douleurs lancinantes mieux que l'eau de Goulard laudanisée et les compresses de vin aromatique.

Je me suis trouvé fort bien, dans la période aiguë, douloureuse des larges suffusions sous-cutanées ou intermusculaires, des cataplasmes émollients, chauds et laudanisés, ainsi que de la position horizontale permanente des membres malades.

La diarrhée a cédé plus facilement aux lavements de ratanhia qu'aux bols de diascordium et de bismuth. »

Hôpital du Val-de-Grace. — M. Lereboullet : « La petite épidémie de scorbut, signalée dans les derniers jours du trimestre dernier, n'a pas eu de suites. Tous les malades ont guéri, à l'exception d'un seul, atteint de tuberculisation pulmonaire et de péritonite tuberculeuse. Les nouveaux renseignements qui m'ont été fournis semblent prouver que l'humidité extrême du casernement de la prison du Cherche-Midi est la seule cause déterminante probable de cette petite épidémie. »

Hôpital de la Pitié. — M. Desnos : « Deux cas de scorbut des prisons. Le premier, chez un sujet d'âge moyen incarcéré à la prison de la Santé (amère ironie) dans de mauvaises conditions (au mois de décembre, je crois), puisqu'il n'était pas encore guéri d'une pleurésie *à frigore*, pour laquelle, disait-il, il était traité à l'hôpital Saint-Louis, lorsqu'il fut transféré dans cet établissement pénitencier. Là il fut placé dans une cellule humide et froide du rez-de-chaussée, avec le régime que vous devez connaître, car il est très-intéressant au point de vue hygiénique. Cet homme s'affaiblit peu à peu, n'entra que tardivement, par suite de considérations qui lui étaient personnelles, à l'infirmerie spéciale de la Santé, dont le régime, paraît-il, est inférieur à celui de l'infirmerie centrale du même établissement, où il fut enfin admis. Là il présenta, d'après son récit, la plupart des signes du scorbut. C'était, du reste, la dénomination que le médecin de la prison donnait à sa maladie. Lorsqu'à l'expiration de sa peine, il fut placé dans mon service, il ne pouvait y avoir le moindre doute sur la nature de son affection.

Déterminations gingivales, œdème des membres inférieurs, petites ecchymoses de la racine des poils, notamment aux jambes, et dont l'importance a été rappelée par M. Lasègue; peau ansérine, face bouffie, plombée, anhélation au moindre mouvement, bruits de souffle du système circulatoire, léger épanchement péritonéal. Tels étaient les principaux traits du tableau que j'abrége, et qui, vous le voyez, était assez complet.

Malgré un régime convenablement institué, cet homme, après une amélioration transitoire, s'affaiblit de nouveau, prit la diarrhée, et finit par succomber.

Le second malade, encore actuellement dans mes salles, a contracté son affection à la suite d'un séjour assez prolongé à la Roquette, où il habitait au second étage, dans des cellules qui, prétend-il, ne sont jamais chauffées, ou dans des ateliers qui le sont dérisoirement; toujours avec le régime alimentaire que vous savez. D'abord traité à l'infirmerie de cet établissement, il fut ensuite transféré à l'infirmerie centrale de la Santé, d'où il m'est venu. D'après son récit, et ce qu'on voit de son état actuel, il serait en convalescence relative. Les lésions buccales sont très-améliorées, presque guéries. Les vastes ecchymoses des membres inférieurs ont disparu; mais il reste de la faiblesse générale extrême, l'anémie, la pâleur, la bouffissure de la face, ainsi que ces troubles de locomotion que Pline désignait sous le nom de scléotyrbe, et dont le mécanisme commence à être aujourd'hui connu.

Avec ces deux faits, voilà, depuis huit mois, trois cas de scorbut que j'ai vus à l'hôpital. Le

troisième, observé au mois de décembre, je crois, existait chez un jeune ouvrier qui n'avait jamais subi d'emprisonnement; du moins, il ne l'avouait pas, et nous n'avions pas de renseignements qui nous permissent de l'admettre. En dehors du froid, peut-être, et de la fatigue, nous n'avons pas pu saisir de cause appréciable de sa maladie. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE

LES BAINS FROIDS ET L'HYPERTHERMIE [1];

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 9, 23 mars et 13 avril 1877,

Par le docteur FERRAND, médecin de l'asile des Incurables.

§ II. — EFFETS PHYSIOLOGIQUES.

Les effets physiologiques qui résultent, pour l'homme en santé, du bain froid pris de 15° à 20°, sont connus; je ne veux qu'en rappeler l'ensemble et relever quelques points qui me serviront à apprécier les phénomènes qu'éprouvent, dans les mêmes circonstances, les fébricitants.

Les effets physiologiques du bain froid varient beaucoup, selon le degré de force ou de faiblesse des sujets, leur état d'activité ou de paresse organique, et suivant les conditions du milieu qu'ils quittent pour se plonger dans l'eau. Il suffit, pour en juger, de lire les deux relations écrites par Bégin et par Rostan, sur ce qu'ils éprouvèrent en semblable expérience.

Quand un homme en santé est plongé subitement dans un bain froid de 15° à 20°, il éprouve un saisissement momentané, dans lequel on distingue une impression pénible portant sur le système nerveux périphérique, une dyspnée intense qui va parfois jusqu'à la suffocation, un trouble de circulation en vertu duquel le sang, refoulé par la contraction des petits vaisseaux, se porte dans les circulations centrales, dont il élève le chiffe de tension en s'accumulant dans les viscères. En même temps, les battements du cœur sont plus énergiques; un besoin instinctif de mouvement est ressenti, tandis que la sensibilité périphérique, plus obtuse, diminue la sensation des résistances que doit vaincre ce mouvement. Cette première phase ne dure, le plus souvent, que quelques secondes.

A cette première phase succède bientôt la période d'équilibre, première période d'expansion des auteurs, dans laquelle la respiration se rétablit et la circulation semble reprendre son cours. La sensation de froid a disparu et est remplacée par une sensation de bien-être dû évidemment à la plus grande activité des actes physiologiques; les actes nutritifs et les combustions organiques, se faisant avec plus d'énergie, luttent efficacement contre la déperdition plus abondante de la chaleur propre. L'harmonie qui s'établit entre la dépense et la production de chaleur, dans un état de suractivité physiologique, est le caractère saillant de cette seconde période.

Après cette seconde période, dont la durée varie d'ailleurs beaucoup selon les sujets, vient la seconde période de concentration, qu'on peut appeler encore période d'algidité : une sensation de froid intense se répand à la surface du corps, en même temps que se renouvelle celle de l'angoisse précordiale, avec la dyspnée et la céphalalgie. Le frisson ne tarde pas à se produire. La circulation centrale semble languir en même temps que la peau se cyanose; le sang, emprisonné par la contraction des vaisseaux de moyen calibre, stagne dans les capillaires périphériques aussi bien que dans les centres. Les actes nutritifs paraissent se ralentir avec l'hématose, la température propre s'abaisse, en même temps que les forces se paralysent.

Si l'on sort du bain avant que cette série d'accidents se produise, ou alors qu'elle n'est qu'ébauchée, la déperdition de calorique cessant d'avoir lieu dans la même proportion, l'équilibre peut encore assez facilement se rétablir, surtout si l'on y aide au moyen de l'exercice musculaire et du séjour dans une athmosphère d'une douce

(1) Suite — Voir les numéros des 9, 14 et 18 août.

température. C'est alors la *réaction* qui se produit, état pendant lequel l'activité physiologique reprend son cours; la respiration est pleine et haute, le pouls large et facile, la peau fraîche, avec sensation subjective d'une chaleur bienfaisante; les circulations capillaires reprennent leur libre cours, et les sécrétions semblent plus abondantes. En même temps, la chaleur propre reprend graduellement son niveau normal.

Si l'on consulte tous les auteurs qui se sont occupés de l'hydriatrie, soit à titre hygiénique, soit à titre thérapeutique, on est vite convaincu que la réaction est le but que l'on doit toujours se proposer dans l'usage de l'eau froide. C'est à cette condition que le bain froid est favorable, et les effets d'une réaction manquée peuvent être des plus graves. Quand la réaction fait défaut à la suite du bain froid, on observe un état de malaise persistant, du mal de tête, de l'anorexie, de la fatigue et de l'affaiblissement. Cet état, qui est évidemment pathologique, se termine en général au bout d'un temps variable, après quelques heures en moyenne, par un accès de fièvre, et c'est seulement alors, que se rétablissent l'équilibre et l'harmonie de la santé.

Or, lorsqu'on prend un fébricitant dans son lit, c'est un homme dont la température propre dépasse 40°, et dont le milieu, limité par ses couvertures, atteint presque ce chiffre; lorsqu'on le plonge brusquement dans un bain au-dessous de 20°, on le soumet à une transition plus brusque encore que celle que nous venons d'étudier chez l'homme en santé. Nous savons en effet que, pour ce dernier, le bain indifférent oscille entre 33° et 35°. Le choc nerveux sera donc considérable pour le fébricitant que l'on traite ainsi, et l'on comprend ce qu'il faut de courage au malade et au médecin, à celui-ci pour prescrire, à celui-là pour supporter une pareille épreuve.

En même temps, le cœur, affaibli dans ses œuvres vives et dans sa nutrition, par la maladie, reçoit comme un coup de piston par le refoulement du sang dans ses vaisseaux, où la tension s'élève tout à coup. Le même effet se reproduit dans tous les viscères, déjà fortement congestionnés.

Or, que disent les hydropathes, sinon qu'il faut éviter de plonger dans l'eau froide les sujets chez lesquels existent déjà des signes de congestion pulmonaire cardiaque et cérébrale, sous peine d'augmenter encore cet état congestif par le refoulement du sang de la périphérie. (V. Tartivel, art. BAINS du *Dict. encycloped.*)

La période d'équilibre qui vient ensuite, dans l'état physiologique, paraît avoir peu de durée chez les fébricitants; souvent même elle semble tellement réduite, qu'on jugerait qu'elle fait défaut. L'équilibre s'établit donc difficilement chez le malade, entre la déperdition de chaleur que lui cause ce nouveau milieu et la production dont il est capable. Ceci se conçoit, si l'on songe à l'énorme quantité de calories qu'il perd brusquement, et dont la perte lui est d'autant plus sensible qu'il en possède un plus grand nombre. C'est toujours la question de transition et de quantité relative, qui l'emporte de beaucoup sur le chiffre absolu, même comparé au chiffre normal.

On arrive donc presque d'emblée à la période de refroidissement ou d'algidité, dans laquelle le malaise extrême, le frisson, l'angoisse, la dyspnée, la cyanose se joignent au refroidissement. Et c'est cette période que le système de Brand ne craint pas de prolonger assez, pour que la réaction demeure pour ainsi dire impossible. Il faut que le ralentissement de l'activité physiologique soit amené à un point tel, que cette activité ne puisse plus se relever de longtemps. C'est à ce prix qu'il faut acheter la persistance d'un abaissement de température plus ou moins durable.

En un mot, le système de Brand s'attache à supprimer la réaction que semble devoir provoquer tout d'abord l'impression d'une basse température. Est-ce là une pratique sans danger et qui ne comporte aucune réserve? — Il me suffit, pour répondre à cette question, de citer quelques passages empruntés aux plus compétents de nos auteurs en fait d'hydriatrie :

Fleury, dans son *Traité d'hygiène* (t. I, p. 562), dit à ce sujet : « Si l'immersion se prolonge dans le bain froid, l'agent physique ne tarde pas à triompher de l'effort vital.....; il ne survient pas une nouvelle réaction spontanée, et, sous certaines con-

ditions, *la mort* est le résultat inévitable de l'immersion trop prolongée du corps dans un liquide froid. »

L'auteur de l'article BAINS du *Dictionnaire encyclopédique*, le docteur Tartivel, rappelle comment Rostan, après un bain de cinq minutes pris à la température de 6°, ne put réagir et ne recouvra son équilibre de santé qu'après une nuit de fièvre. Les bains froids peuvent donc, ajoute-t-il, « enrayer le mouvement de réaction..... et amener ainsi une concentration contre laquelle l'organisme est obligé de réagir par la fièvre. » Et plus loin : « C'est la manière la plus périlleuse d'obtenir la sédation », ajoute le même auteur.

M. Fleury dit encore (*loc. cit.*, p. 570) : « Ce n'est jamais impunément que l'on subit cette action débilitante, congestive (du bain froid non suivi de réaction); elle est particulièrement nuisible aux sujets faibles, lymphatiques, prédisposés aux congestions viscérales, aux maladies du cœur, des poumons, du foie, à ceux dont la circulation capillaire est peu active, etc..... »

Au moment où la soustraction de calorique s'étend en profondeur, elle s'y manifeste « par un nouveau sentiment de froid et de frisson qui semble être la limite de l'excitation que le système nerveux puisse supporter. A ce moment, toute soustraction de chaleur doit cesser. » Ceci est extrait du savant *Traité d'hydrothérapie* de M. le docteur Beni-Barde. Et Helmholtz, cité par ce dernier, a, par son expérimentation, mis hors de doute ce fait, que le bain froid prolongé émousse et probablement épuise la sensibilité et l'excitabilité nerveuses.

Je pourrais multiplier encore ces citations, sans autre effet que de montrer leur valeur et leur unanimité. Qu'en doit-on conclure, sinon que les effets du bain froid non suivi de réaction, provoquent une dépression nerveuse et nutritive, une hyposthénisation proprement dite que traduit facilement l'état algide? Le bain froid émousse la sensibilité après l'avoir violemment impressionnée; il ralentit les mouvements respiratoires et les battements du cœur, après les avoir activés tout d'abord; la peau devient rouge et reste cyanosée, après avoir pâli momentanément. Et voilà l'état que les procédés de Brand ne craignent pas de provoquer et de maintenir chez des malades épuisés et abattus par une fièvre septique.

Sous la même influence, le grand sympathique se comporte d'une façon analogue; impressionné d'une façon réflexe par l'excitation du froid, il entre en activité à son tour, mais plus tardivement, plus lentement et d'une façon plus prolongée. Ce retard de l'activité sympathique sur l'activité cérébro-spinale explique comment, dans la sphère du grand sympathique, la période d'épuisement est plus tardive et moins facile à atteindre. On comprend par là comment le froid, alors qu'il a frappé d'hyposthénie les organes de la vie animale, respecte encore ceux de la vie nutritive, et comment le bain froid ne tue pas, en général, les malades que l'on soumet à son usage. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 août 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse :

1° Un extrait du décret qui autorise l'Académie de médecine à accepter le legs que lui a fait le docteur Herpin;

2° Une lettre de M. Burguet, maire d'Allemans, relative à un projet d'instrument destiné à préserver le chirurgien de tout danger dans l'opération de la trachéotomie.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin inspecteur des eaux d'Avène pour la saison de 1875.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Ch. Brame, de Tours, accompagnant l'envoi de travaux divers pour le concours des prix de chirurgie.

2° Une lettre de M. le docteur Alfred Fournier, qui se porte comme candidat pour la section de pathologie médicale.

3° Une note de M. A. Andouard, professeur à l'École de médecine de Nantes, sur la bile bleue.

4° Un mémoire de MM. Paquelin et Jolly, intitulé : *Des pyrophosphates en thérapeutique et de leur mode d'action.* (Com. MM. Poggiale, Gubler.)

5° Une lettre de remercîments de M. Teissier (de Lyon), récemment élu membre correspondant national. (M. Teissier assiste à la séance.)

—

M. Villemin présente, de la part de M. F. Sorel, médecin-major, une brochure intitulée : *De l'orchite dite métastatique et de la fièvre testiculaire dans les oreillons.*

M. Depaul présente, au nom de M. Ch. Tanret, pharmacien de 1re classe à Troyes, une note sur l'*ergotinine cristallisée*, suivie d'observations sur son emploi thérapeutique, par le docteur Molé.

Voici le résumé de ce travail :

L'étude du seigle ergoté paraissant à l'ordre du jour à l'étranger surtout, M. Tanret n'a pas cru devoir attendre plus longtemps pour présenter à l'Académie le résumé de ses recherches.

1° C'est M. le docteur Molé, de Troyes, qui a, le premier, constaté que l'action de l'ergotinine sur les hémorrhagies utérines est celle de l'ergot lui-même. Les résultats qu'il a obtenus ne l'ont jamais été avec une dose d'ergotinine supérieure à 4 milligrammes dans les vingt-quatre heures; mais le plus souvent avec 2 ou 3.

2° M. Tanret donne brièvement l'historique des travaux faits pour trouver le principe actif du seigle ergoté. Quand, il y a deux ans, il a annoncé à l'Académie des sciences qu'il avait découvert un nouvel alcaloïde dans l'ergot, l'*ergotinine*, à l'étranger on lui a répondu, d'une part, que ce ne pouvait être qu'un des alcaloïdes que, en 1865, Wenzell avait dit aussi avoir trouvés. Or, de ces deux alcaloïdes, l'ecboline et l'ergotine, on est arrivé à n'admettre que l'ergotine, l'autre étant considéré comme identique.

On jugera, par les caractères de l'ergotine Wenzell et ceux de l'ergotinine de M. Tanret, si c'est le même produit :

Ergotine de Wenzell.	*Ergotinine.*
Couleur : noire brunâtre.	Blanche.
— amorphe.	Cristallisée.
Soluble dans l'eau.	Insoluble dans l'eau.
Insoluble dans l'éther et le chloroforme.	Soluble dans l'éther et le chloroforme.

En outre, MM. Dragendorff et Padzizowski, de Dorpat, ont prétendu que l'ergotinine de M. Tanret n'est pas un composé chimique défini, mais un mélange de leur sclérérythrine et d'autres substances (qu'ils n'ont pas nommées).

Des échantillons d'ergotinine cristallisée et de sclérérythrine (magnifique matière colorante rouge) mis sous les yeux de l'Académie sont la réponse de M. Tanret.

Sa priorité est donc incontestable, et personne avant lui, comme on le voit, n'a isolé l'ergotinine cristallisée.

3° M. Tanret étudie toujours le moyen de retirer facilement l'esgotinine de l'ergot; quand il sera en possession d'un procédé donnant tout l'alcaloïde de l'ergot, il le publiera. En attendant, il renvoie à celui qu'il a déjà donné, en ajoutant deux modifications qui permettent d'obtenir l'ergotinine cristallisée.

4° Il donne les propriétés physiques et chimiques de l'ergotinine. C'est un corps éminemment oxydable. Une action curieuse est celle de la lumière sur ce nouveau corps. Il s'y colore très-rapidement et se résinifie. Ses solutions alcooliques éthérées ou alcooliques sont très-fluorescentes.

L'ergotinine est un alcaloïde qui a certains rapports avec la narcotine. C'est une base faible qui forme difficilement des sels cristallisés avec les acides. Cependant, le sulfate d'ergotinine cristallisé a pu être obtenu.

5° La réaction la plus caractéristique de l'ergotinine est la coloration rouge violet, puis bleue, qu'elle donne en présence d'un peu d'éther avec l'acide sulfurique étendu de 1/7e d'eau.

6° M. Tanret conclut de ses recherches que la richesse de l'ergot en ergotinine peut être évaluée à 1 partie pour 1,000.

7° L'auteur fait part en même temps, à l'Académie, de la découverte d'une matière camphrée qu'il a faite aussi dans le seigle ergoté. Il en fera l'étude plus tard.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Conneau, membre associé libre de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT lit ensuite une lettre qui lui a été adressée par M. PASTEUR, en réponse à la dernière communication de M. Colin sur le charbon.

M. Pasteur déclare que M. Colin a travesti, ou même supprimé, parce qu'elle gênait ses croyances, l'importante expérience des cultures successives de la bactéridie dans l'urine. Mêler une goutte de sang charbonneux à de l'eau, à du sang pur, à du sérum ou à l'humeur de l'œil, comme l'ont fait MM. Davaine, Kock et Colin lui-même, puis inoculer une partie du mélange et provoquer la mort, c'est laisser le doute dans l'esprit sur la cause de la virulence, principalement depuis les célèbres expériences de M. Davaine sur la septicémie.

Toute autre est l'expérience de MM. Pasteur et Joubert. La bactéridie est cultivée une première fois en prenant pour semence une trace microscopique de sang charbonneux, puis on passe à une seconde culture, à une troisième..., à une dixième..., à une centième, en prenant toujours pour semence d'une culture une goutte de la culture précédente. Si vous supposez que la goutte de semence pour chaque culture est délayée dans cent fois son volume, ce qui est encore infiniment au-dessous de la vérité, la goutte de sang charbonneux de l'origine se trouvera, à la fin, diluée dans un nombre de gouttes d'urine représenté par le nombre 100 élevé à la centième puissance, c'est-à-dire par l'unité suivie de 200 zéros. Ce serait une absurdité d'admettre que la dernière virulence emprunte son pouvoir, non à la bactéridie qui s'est multipliée dans chaque culture, mais à un agent virulent existant dans la goutte de sang originaire. N'êtes-vous pas satisfait? Faites alors mille cultures au lieu de cent; voilà notre expérience. Après l'avoir rendue ridiculement, M. Colin ne craint pas de dire que M. Pasteur *se sert d'une dilution beaucoup plus concentrée que celles de M. Davaine.*

Après avoir répondu aux autres objections de M. Colin, M. Pasteur ajoute : « M. Colin dit qu'une fois, il aurait rencontré un sang chargé de bactéridies qui ne pouvait communiquer le charbon. Cette expérience, que je considère comme tout à fait erronée, n'aurait de valeur que si M. Colin avait prouvé, en même temps, qu'il avait eu réellement affaire à des bactéridies. Je mettrais au défi l'observateur le plus habile d'affirmer que tel ou tel bâtonnet est une bactéridie charbonneuse par une simple observation microscopique. L'expérience dont il s'agit est donc non avenue. »

—

M. J. BERNARD lit un mémoire sur l'*organométrie*. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Personne, Sée et Chatin. Nous le ferons connaître à l'occasion du rapport de la commission.

—

M. Germain SÉE fait un rapport sur un travail de M. le docteur Grellet, relatif à l'emploi de l'acide salicylique dans la leucorrhée.

Il fait un deuxième rapport sur un travail de M. le docteur Tamin-Despalles, relatif à l'emploi des divers salicylates combinés avec les eaux minérales de Contrexéville.

M. SÉE répond ensuite aux objections qui ont été faites par divers membres de l'Académie à sa communication relative à l'emploi du salicylate de soude dans diverses affections, en particulier dans le rhumatisme et la goutte.

Mais d'abord M. Sée croit devoir communiquer les résultats d'expériences qu'il a entreprises sur les animaux pour vérifier si l'acide salicylique ou le salicylate de soude, administrés aux animaux, soit en faisant absorber ces médicaments par les voies digestives, soit en les injectant dans les veines, déterminaient des phénomènes d'anesthésie ou d'analgésie. M. le docteur Laborde, d'après ses propres expériences, avait pensé qu'il en était ainsi. Mais les expériences auxquelles s'est livré M. Sée, en collaboration avec MM. Longuet, Bochefontaine, etc., lui ont montré que ce n'était là qu'une illusion. Jamais il n'est parvenu, soit en faisant ingérer ces médicaments dans l'estomac des animaux, soit en les injectant en solution dans les veines, à déterminer les phénomènes dont il s'agit. Tantôt les animaux en expérience n'ont paru rien éprouver de l'action de ces médicaments, tantôt, lorsque la dose était trop forte, ils ont succombé; il n'a jamais été possible d'arriver à déterminer la dose du médicament susceptible de produire chez eux une action physiologique. Toujours les effets ont été ou nuls ou mortels. M. Sée, avec M. Bochefontaine, explique ces résultats en disant que l'acide salicylique et les salicylates portent leur action sur le bulbe.

Chez l'homme, les effets physiologiques de ces substances ont été à peu près nuls; on n'a observé aucun phénomène ni du côté de la circulation, ni du côté de la calorification ; on a noté simplement quelques troubles du côté des centres nerveux et particulièrement sur l'organe de l'ouïe.

Arrivant ensuite à l'observation clinique et aux communications de MM. Gueneau de Mussy,

Empis, Oulmont, Jaccoud, etc., M. Sée déclare qu'il n'accepte pas l'opinion émise par M. Gueneau de Mussy sur l'action antiseptique locale qui, d'après son collègue, serait exercée dans l'intestin par l'acide salicylique donné à la dose de 1 gramme dans la fièvre typhoïde. Si M. Gueneau de Mussy a obtenu de bons effets de cette pratique, c'est qu'il a eu affaire à une série heureuse dans laquelle le médicament n'a été pour rien. L'action locale ne peut être obtenue que par des doses beaucoup plus fortes, et alors cette action irritante serait funeste aux malades; le médicament, administré à la dose de 1 gramme seulement, ne peut agir localement parce qu'il est rapidement absorbé et porté dans le torrent circulatoire; enfin il n'est pas un seul fait qui prouve que le médicament agisse comme antiseptique sur le sang, après absorption.

M. Sée n'accepte pas davantage l'action antipyrétique admise par MM. Jaccoud et Oulmont, à la suite des auteurs allemands.

Dans la fièvre intermittente, les effets des médicaments salicyliques ont été absolument nuls entre les mains de M. le professeur Bernheim (de Nancy); le salicylate de quinine lui-même n'a pas donné le moindre résultat.

Dans la fièvé des tuberculeux, M. Sée trouve l'emploi des salicylates absolument condamnable.

Enfin, dans la fièvre typhoïde, le médicament est infidèle, suivant M. Sée; il n'a qu'une action transitoire, et encore cette action est-elle achetée au prix des accidents les plus graves. Plus nuisible qu'utile, il ne peut servir qu'à aggraver le mal et à précipiter la terminaison fatale.

Relativement aux résultats obtenus par plusieurs de ses collègues, de l'emploi de l'acide salicylique ou du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, M. Sée considère les essais de M. Oulmont comme non avenus, parce que le médicament, dans ces cas, a été donné à des doses beaucoup trop faibles, pour ainsi dire dérisoires.

M. Empis a observé deux cas de mort à la suite de l'emploi de l'acide salycilique. Dans le premier cas, il est difficile de savoir à quelle cause attribuer la mort, l'autopsie n'ayant pu être pratiquée. Ce qu'il y a de certain, c'est que le malade était guéri de son rhumatisme depuis quarante-huit heures lorsqu'il est mort.

Dans le second cas, il s'agit d'un individu adonné à l'ivrognerie et atteint de coliques saturnines. Chez lui, la colique de plomb a guéri avec une rapidité surprenante, sous l'influence de l'acide salicylique. Les accidents mortels anxquels il a succombé doivent, suivant M. Sée, être attribués à ce que, sous l'inflnence de la lésion rénale existant chez ce malade, doublement suspect, et comme alcoolique et comme saturnin, l'acide salicylique n'a pu être éliminé par l'émunctoire rénal, s'est accumulé dans le sang et a produit une intoxication véritable.

M. Sée n'est point partisan des doses minimes conseillées par M. Gueneau de Mussy dans le rhumatisme articulaire aigu. Au-dessous de certaines doses, en effet, le médicament n'a plus d'action, il faut arriver à 5 ou 6 grammes d'acide salicylique, à 8 ou 10 grammes de salicylate de soude, pour arriver à des effets sérieusement curatifs.

M. Sée ne croit pas que les médicaments salicyliques soient susceptibles de produire le rhumatisme cérébral, comme on les en a accusés. Si l'on observe davantage aujourd'hui ce genre d'accident à la suite du rhumatisme, c'est qu'on a mieux appris à le reconnaître et à le diagnostiquer : ce n'est pas la faute du sulfate de quine. S'il en était ainsi, il faudrait franchement en venir, comme Lorrain, à traiter le rhumatisme articulaire aigu par l'expectation; or, on sait à quels résultats déplorables on arrive par cette méthode.

M. Sée n'admet pas la métastase comme cause du rhumatisme cérébral; celui-ci n'est que le résultat de l'extension de la maladie, Il n'est le produit ni de la rétrocession, ni de l'action thérapeutique.

En donnant le salicylate de soude à la dose de 8 à 10 grammes dans les cas graves, à celle de 7 à 8 grammes dans les cas moyens, M. Sée n'a jamais vu se produire le moindre accident chez ses malades. Il a sous la main tout un dossier d'observations nouvelles qui lui ont été adressées soit par des médecins de Paris, soit par des médecins de province, qui tous ont obtenu des résultats semblables à ceux qu'il a annoncés dans sa première communlcation.

Il résulte d'une statistique adressée par des médecins militaires que, dans 181 cas de rhumatisme articulaire aigu, 7 fois seulement le médicament n'a pas donné de résultat. Dans 110 cas très-exactement suivis, 94 fois les malades ont guéri dans l'espace de vingt-quatre à soixante heures.

M. Sée n'admet pas néanmoins que le salicylate de soude soit un spécifique du rhumatisme, comme l'ont proclamé certains observateurs, car il est douteux même qu'il existe un seul médicament spécifique. M, Sée pense que les salicylates agissent seulement comme analgésiants.

M. Sée terminera sa communication dans la prochaine séance.

— **La séance est levée à cinq heures.**

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LE PITYRIASIS. — HILLAIRET.

Bichlorure de mercure. . . . . 0 gr. 15 centigr.
Eau distillée. . . . . 300 grammes.

Faites dissoudre.

Lotions, soir et matin, sur le cuir chevelu. — Dans certains cas, on prescrit, avec succès, des onctions de pommade soufrée, alternant avec des bains sulfureux. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 23 AOUT 1573.

Nous avons vu en original le billet suivant de convocation :

« Convocentur omnes et singuli in chirurgiâ professores et magistri, die martis proxima hora 7ª matutina, in ædibus D. et magistri Johannis Amboysii, chirurgi regis ordinarii, et in Castelleto Jurati pro examine baccalaureatus Hier. Delanoue ; idque sub pæna emendæ et pecunii. Actum sub sigillis nostris, 23ª Augusti 1573.

« DAMBOYSE, COINTERET. » — A. CH.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons, avec un vif regret, la mort de notre sympathique confrère, M. le docteur Cabanellas, chevalier de la Légion d'honneur, membre du Conseil général de l'Association générale des médecins de France, etc.

Les obsèques de M. Cabanellas auront lieu jeudi, 23 août, à 10 heures, à Maisons-Laffitte. Réunion à l'église de Maisons-Laffitte. — Départ de la garre Saint-Lazare à 9 heures 25 minutes.

Le corps sera transporté à Chartrettes (Seine-et-Marne).

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Par arrêté en date du 17 août 1877, un concours sera ouvert, le 1er mars 1878, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie. Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs services, en matière d'épidémies, pendant l'année 1875 :

Médaille d'or à : M. le docteur Ernest Besnier, médecin à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Rappel de médaille d'or à : M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier).

Médailles d'argent à : M. le docteur Ragaine, de Montagne (Orne). — M. le docteur Sainton, de Bar-sur-Seine (Aube). — M. le docteur Dumoutier, médecin-major au 75e de ligne. — M. Rendu (Joanny), interne des hôpitaux de Lyon.

Rappel de médailles d'argent à : MM. les docteurs : Beaupoil, de Chinon, — Bocamy, de Perpignan, — Benoist, de Guingamp, — Benoit, de Belfort, — Bouteiller, de Rouen, — Dauvergne père, de Manosque, — Daga, médecin principal de 1re classe, à Nancy, — Évrard, de Beauvais, — Fourrier, de Compiègne, — Lacaze (John), de Montauban, — Bazin, de Saint-Brice, — Méplain, de Moulins, — Masse, médecin principal de 1re classe, à Paris, — Martin-Duclaux, de Villefranche, — Prestat, de Pontoise, — Manouvrier, fils, de Valenciennes, — Pilat, de Lille, — Remilly, de Versailles.

Médailles de bronze à : M. le docteur Braye, de Tarascon (Bouches-du-Rhône). — M. le docteur Combes, officier de santé à Jarzé (Maine-et-Loire). — M. le docteur Renault, de Cherbourg (Manche). — M. le docteur Mahier (Émile), de Château-Gontier (Mayenne). — M. le docteur Mirbeck, de Saint-Dié (Vosges). — M. le docteur Camus, médecin-major au 5e régiment de dragons. — M. le docteur Pujos, d'Auch (Gers).

LE CONGRÈS SCIENTIFIQUE DU HAVRE. — Voici le programme détaillé du Congrès scientifique, qui se tiendra au Havre du 23 au 30 août :

Jeudi, 23 août, deux heures et demie : Séance d'ouverture ; discours du maire du Havre ; de M. Broca, président de l'Association, et de M. Déhérain, secrétaire général ; rapport financier de M. Georges Masson, trésorier.

Vendredi 24, matin : Séances de sections ; après-midi, séance générale.

Samedi 25, toute la journée : Séances et excursions de sections.

Dimanche 26, toute la journée, *première excursion générale.* — Visite à Fécamp; course en mer.

Lundi 27, toute la journée : Séances de sections et visites industrielles; huit heures du soir : Conférence.

Mardi 28 : Deuxième excursion générale; on se divisera en deux groupes : le premier visitera Trouville et Villers-sur-Mer; le second verra Tancarville et Lillebonne, un cirque romain, le château d'Harcourt, la collection Mortier-Huet, un cimetière gallo-romain.

Mercredi 29, toute la journée : Séances de sections et visites industrielles; huit heures du soir : Conférence.

Jeudi 30, matin : Séances de sections; trois heures du soir : Assemblée générale et clôture.

Assistance publique. — M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique, vient de faire distribuer aux membres du Conseil municipal le budget de son administration pour l'exercice 1878.

Il résulte de ce document que, l'année prochaine, les prévisions de dépenses s'élèveront à........ 25.837.000

L'évaluation de ses revenus propres, des recettes diverses, ainsi que les revenus des fondations, donnent un chiffre de........ 14.567.000

L'Administration demande en conséquence l'allocation, par la ville de Paris, d'une subvention de........ 11.370.000

La subvention allouée pour 1877 étant de........ 10.690.000

Il en résulte une augmentation de........ 680.000

Cet accroissement de dépenses provient principalement de l'augmentation du nombre des lits dans les hôpitaux, de la mise en service de l'hôpital de Ménilmontant, des subventions nouvelles à accorder aux bureaux de bienfaisance des vingt arrondissements, etc., etc.

La chirurgie d'armée en Turquie. — Un artilleur avait eu un genou fracassé par un éclat d'obus à Sistova, et, détail incroyable pour qui ne connaît pas l'organisation administrative turque, cet infortuné avait été transporté de Sistova à Constantinople. Malgré ses atroces souffrances, il s'informait des nouvelles de la guerre et il en suivait le récit avec un vif intérêt. L'amputation ayant été reconnue nécessaire, l'autorisation de l'opérer fut demandée au ministère de la guerre, car, par une de ces singularités que l'on découvre à chaque pas dans l'étude du régime administratif de ce pays, aucune amputation ne peut avoir lieu dans un hôpital turc avant que l'on ait obtenu l'agrément du ministère dont il relève. Souvent il arrive que le malade succombe pendant que des fonctionnaires incompétents délibèrent en haut lieu sur la demande formulée par le médecin traitant. Notre artilleur eut cette heureuse chance que l'enquête dont sa jambe était l'objet fût menée avec une rapidité exceptionnelle. Elle ne dura guère que huit à dix jours. Ce brave garçon, qui attendait depuis Sistova le bon plaisir de l'administration, ne songea pas même à se plaindre de ce nouveau retard. Il a supporté l'amputation avec un courage héroïque, et l'on espère le sauver. (*Le Temps.*)

— Une amélioration dans la construction des brancards destinés aux blessés.

Ils seront désormais placés sur un essieu à deux roues, traîné par un homme et poussé par un autre.

Ils seront recouverts d'une toile cirée imperméable, et pourront, si besoin est, être portés à bras.

Famine en Chine. — Une famine épouvantable désole en ce moment le nord de la Chine et la Corée.

Les habitants meurent par milliers.

La famine est due principalement à une nuée de sauterelles qui a ravagé les plantations jusqu'à 200 milles à l'intérieur.

La peste est venue aggraver les horreurs de la famine.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants.—Pendant la semaine finissant le 16 août 1877, on a constaté 788 décès, savoir : Variole, 1 décès; — rougeole, 8; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 18; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 12; — pneumonie, 48; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 23; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 23; — croup, 12; — affections puerpérales, 4; — affections aiguës, 262; — affections chroniques, 303 (dont 130 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 49; — causes accidentelles, 21.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital des Enfants-Malades

DU CROUP (1)

Conférences cliniques par M. le docteur ARCHAMBAULT.

Contrairement à tout ce que vous entendrez dire, je pense que la trachéotomie est une opération simple. La plus grande difficulté que vous ayez à surmonter viendra de votre émotion, et celle-ci naît de plusieurs circonstances. Votre bistouri doit traverser une région bordée à droite et à gauche par des vaisseaux et nerfs importants; vous avez également la crainte, en prolongeant l'incision des parties un peu trop en bas, de donner lieu à une hémorrhagie grave. Au moment de ponctionner la trachée, vous craignez de la voir fuir devant votre bistouri ou de la traverser de part en part. L'ouverture des voies respiratoires est, dans tous les cas, suivie immédiatement d'une expiration violente avec projection de mucosités et de sang, et production d'un bruit qui a toujours quelque chose d'émouvant, surtout aux premières opérations. L'introduction de la canule peut présenter quelques difficultés, et l'expérience vous enseigne que, dans cette opération, contrairement à ce qui a lieu pour les autres, la mort peut se produire séance tenante. Toutes ces causes d'appréhension et de trouble sont plus apparentes que réelles.

En vous maintenant toujours scrupuleusement sur la ligne médiane, il est impossible que vous blessiez les parties situées latéralement. Pour atteindre les gros vaisseaux de la base du cou, il faudrait procéder avec une bien grande violence ou être d'une bien grande maladresse. Vous verrez bien vite que la trachée ne se déplace pas sous le bistouri comme on le dit à tort, et qu'il est facile de l'ouvrir sans aller toucher la paroi postérieure. En effet, la mort peut survenir, pendant l'opération, chez un très-jeune enfant; surtout si l'opération est entreprise très-tardivement; et vous devez prévenir de la possibilité de ce fait; mais, en somme, ce malheur est fort rare, et le meilleur moyen de l'éviter est de ne pas trop vous en préoccuper. Tout bien pesé, il ne me paraît pas que la trachéotomie soit une opération plus difficile, moins simple, qu'une ligature d'artère, et que l'opération d'une hernie étranglée : seulement il faut la bien connaître théoriquement, l'avoir répétée

(1) Suite. — Voir les numéros des 19, 24 juillet, 2 et 14 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

L'été maussade que nous subissons et qui nous conduit en train express à l'automne mélancolique, dont j'ai peur, bientôt suivi du froid et triste hiver, que je redoute plus encore, ces perturbations atmosphériques qui marqueront d'une pierre noire l'été de 1877 et si fâcheuses aux pauvres névropathes comme moi, me rendent chagrin, agacé, impatient et susceptible. C'est bien du malheureux névropathe qu'on peut dire :

> Tel s'élève et s'abaisse, au gré de l'atmosphère,
> Le liquide métal balancé sous le verre.

C'est un autobaromètre d'une sensibilité extrême, pénible, douloureuse souvent, et qui prédit, bien avant tous les instruments inventés par la physique, les incidents de la météorologie. Bien avant ces fleurs nouvellement écloses chez les opticiens, et qui, trempées dans le bromure de cobalt, indiquent par leurs teintes diverses le degré d'humidité de l'air, le névropathe peut dire si l'air va se saturer d'eau ou rester sec. Les personnes obligées de vivre auprès d'un névropathe s'aperçoivent bien vite, au changement de son humeur, du changement atmosphérique qui se prépare. Et quand aux phénomènes météorologiques viennent se joindre des impressions morales tristes, l'annonce de mauvaises nouvelles, par exemple, plaignez le névropathe, plaignez surtout ceux qui l'entourent.

Avec l'influence du mauvais temps, j'ai eu à subir, cette semaine, l'influence de deux mau-

sur le cadavre; autant que possible, l'avoir vu pratiquer avant de l'entreprendre et garder son sang-froid.

Je vous ai entretenus des indications et contre-indications, je n'y reviendrai pas, et nous supposerons que vous êtes décidés à opérer.

Il vous faut préparer vos instruments à portée de la main : c'est-à-dire un bistouri droit d'un tranchant irréprochable, un bistouri boutonné, un dilatateur et deux canules garnies de leurs rubans et d'un taffetas gommé, ou d'une rondelle de caoutchouc. Il est peut-être préférable, à moins d'avoir un aide qui vous présente les instruments, de porter le dilatateur passé dans la boutonnière de l'habit et de tenir une des canules à côté du malade, sur la table d'opération ou dans la poche de votre gilet, de façon à pouvoir la saisir sans vous déranger. Un objet important, surtout si l'asphyxie est très-avancée quand vous commencez à opérer, ce sont deux ou trois extrémités de plumes avec leurs barbes, pour titiller la trachée en cas de syncope ou de mort apparente.

Il ne faut jamais opérer dans le lit, à moins que l'enfant ne soit sur le point de rendre le dernier soupir, et que vous n'ayez que le temps de faire renverser la tête par un aide, et d'opérer au plus vite; sauf cela, il faut choisir une table solide, pas trop large, sur laquelle vous placez un petit matelas, ou mieux, ce qui se trouve toujours sous la main, une couverture de laine pliée en quatre. Cette table doit être placée de façon à ce que l'enfant s'y trouve en pleine lumière, c'est-à-dire près d'une fenêtre pendant le jour, et la nuit près d'une cheminée ou d'un meuble sur lequel sont disposées plusieurs lampes. A l'une des extrémités de la table vous placez un corps rond et suffisamment résistant pour faire fonction de billot, un oreiller roulé autour d'une bouteille à vin remplit très-bien cette fonction. Vous demanderez de l'eau tiède et une couple d'éponges, et ferez préparer le linge nécessaire à la toilette de l'enfant après l'opération.

Ces préparatifs terminés, vous disposez vos aides, qui doivent être, au minimum, au nombre de trois : un expérimenté pour tenir la tête, un second qui devra se placer en face de l'opérateur pour effacer les épaules de l'opéré, enfin un troisième sera assis du côté des pieds et chargé de maintenir le tronc immobile en croisant ses bras sur le petit malade, dont il saisira les avant-bras. Si c'est la nuit, il faudra avoir une ou deux personnes tenant des bougies pour compléter l'éclairage. Mais je dois vous engager, Messieurs, à ne pas faire votre première opération la nuit, et autant que possible, en toutes circonstances, à opérer de préférence le jour. Sur-

---

vaises nouvelles. La mort de M. le docteur Conneau a dû être signalée avec regret dans ce journal dévoué aux intérêts de l'Association générale, car M. Conneau a été l'un des bienfaiteurs de cette institution, bienfaiteur indirect, si l'on veut, mais très-efficace, car il obtenait tous les ans, de l'Empereur, un don de mille francs qui a été continué jusqu'à la chute du second Empire. M. Conneau était aussi président honoraire de la Société locale de la Corse.

La seconde mauvaise nouvelle que je viens d'apprendre, à ma cabane de Châtillon, presque au même moment, et par l'Union Médicale et par une lettre de part, est celle de la mort de notre excellent et aimable M. le docteur Cabanellas, qu'une longue et cruelle maladie vient de nous enlever, inexorable maladie qui nous ravit Trousseau. M. Cabanellas est mort à Maisons-Laffitte, où il s'était préparé une demeure charmante, et où il passait tous les instants qu'il pouvait dérober à une clientèle étendue dont il était aimé et estimé. M. Cabanellas fut un ami des premiers jours, et un ami dévoué de l'Association générale. Et il le prouva bien en se démettant de ses fonctions de secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, quand il vit que cette Association voulait vivre isolée de l'Association générale. M. Cabanellas a successivement fait partie de la commission administrative de la Société centrale et du Conseil général de l'Association des médecins de France, dans lesquels sa parole expérimentée et sa vive sympathie pour l'Œuvre lui donnaient une grande autorité.

Très-jeune docteur, M. Cabanellas avait été nommé médecin par quartier du roi Charles X; il était chevalier de Légion d'honneur. Ses obsèques, auxquelles j'ai eu le regret de ne pouvoir assister, ont eu lieu à Maisons-Laffitte. On trouvera plus loin une note sur les funérailles de ce digne confrère.

J'ai sous les yeux une thèse soutenue, devant la Faculté de médecine de Paris, par une dame

tout, si vous opérez la nuit, à être bien assistés par des aides qui soient du métier. En général, il ne faut pas prendre pour aides les parents de l'enfant. L'oubli de ces précautions que je vous recommande a failli me jeter dans le plus grand embarras. Appelé rue de l'Échiquier, au milieu de la nuit, par le docteur Joineau, pour un enfant que je trouvai mourant, je n'avais ni le temps ni la possibilité de me procurer des aides. Le confrère se chargea de tenir la tête; le père, placé aux pieds, maintenait l'enfant, ce qui n'était pas difficile vu son état d'insensibilité, et la mère m'éclairait. Je recommandai à ce personnel, très-ému, de ne pas remuer, quelque chose qui arrivât. Tout alla bien jusqu'au moment où se produisit l'expiration bruyante avec gargouillement qui suit immédiatement l'ouverture de la trachée. A la vue du sang et à l'audition de ce bruit terrifiant, le père tomba évanoui sur le parquet et la mère s'enfuit, en criant que son enfant était mort; heureusement le confrère ne laissa pas aller la tête du malade, et, en un tour de main, je pus introduire la canule à la lumière de la lampe qui était sur la cheminée. Mais si cette introduction de la canule avait offert quelques difficultés, comme c'est quelquefois le cas, l'enfant pouvait succomber séance tenante.

L'enfant placé sur la table d'opération, vous débarrassez la partie supérieure du tronc de tout vêtement. Alors l'aide chargé de la tête la saisit, tout en plaçant une main sous l'occiput et l'autre sous le menton, de façon à ne pas déplacer la peau et à ne pas gêner l'opérateur, tout en plaçant les deux mains sur les parties latérales de la tête et de la face. L'enfant est alors renversé sur le billot, qui doit se trouver presque sous les épaules, et non pas sous l'occiput, si on voit que l'extension de la tête soit bien faite et la flexion du cou impossible dans les mouvements du malade. Les deux autres aides fixent l'enfant dans l'immobilité la plus complète, condition indispensable, et qui doit être maintenue jusqu'à ce que l'opérateur donne l'ordre de s'en départir. Vous recherchez bien vos points de repère qui sont faciles à reconnaître, et dont les plus importants sont les suivants : de haut en bas, sur la ligne médiane, la cartilage thyroïde toujours facile à trouver, et au-dessous de lui le cartilage cricoïde que vous sentez assez facilement quand l'enfant a le cou tendu. Ce dernier cartilage sera compris dans l'ouverture des voies aériennes, si vous voulez faire la laryngo-trachéotomie; l'ouverture devra commencer immédiatement audessous de lui si vous vous proposez de faire la trachéotomie proprement dite.

A quel procédé opératoire devez-vous donner la préférence? Cette question n'eût pu être faite en 1850, à l'époque où j'ai appris à pratiquer la trachéotomie. On

---

ou demoiselle qui signe Émilie Bovell. Cette thèse, qui, en vérité, en vaut beaucoup d'autres, et plus encore que beaucoup d'autres, est intitulée : *De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie.* Elle est dédiée à M. le professeur doyen Vulpian. Les derniers mots de cette thèse m'ont touché : « Nous ne saurions retourner cette page, dit l'auteur, sans tâcher de donner une expression, tout imparfaite qu'elle soit, à nos sentiments de reconnaissance envers nos maîtres. C'est à eux que nous devons le prix inestimable d'une éducation scientifique; et l'accueil sympathique et généreux qu'ils nous ont fait, dans l'École et dans les hôpitaux de Paris, restera toujours parmi nos plus charmants souvenirs.

« Appelé nous-même, dorénavant, à la charge d'un service d'hôpital à Londres, si quelque chose peut soulager la douleur que nous éprouvons à nous séparer de si généreux amis, c'est l'espoir de porter ailleurs les bonnes traditions de notre École, et de prouver, par notre travail à l'étranger, que nous sommes digne du titre d'élève des hôpitaux de Paris. »

Tout cela, je le répète, est signé Émilie Bovell, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin du nouvel hôpital des femmes, Londres, membre honoraire du Collége de la Reine, Londres. Voyons, Émilie Bovell, êtes-vous dame ou demoiselle? Êtes-vous même du sexe charmant auquel je dois ma mère? Et, si vous appartenez au sexe enchanteur, pourquoi dites-vous appelé, et non appelée? Pourquoi docteur, et non doctoresse?

Je partage assurément toutes les opinions de mon collègue et ami Richelot sur la femme-médecin, mais je ne partage pas ses espérances sur l'influence que peut avoir sur l'opinion la discussion la plus sérieuse et la plus savante. La question de la femme-médecin est devenue une question de sentiment; on ne discute pas avec le sentiment. Il faut savoir attendre qu'il s'use et qu'il s'éteigne. Affaire de temps et aussi un peu de mode. Je ne crains pas trop non plus l'envahissement de la profession par les femmes; alors même que les femmes-médecins seront

ne connaissait alors que le procédé classique, décrit surtout avec soin par Lenoir dans une thèse que vous ferez bien de lire, et adopté par Trousseau. Depuis lors, médecins et chirurgiens, surtout les jeunes, ont rivalisé de zèle pour modifier la manière de faire, et les procédés surabondent. Qu'est-il résulté de ces changements? Les guérisons sont-elles plus fréquentes? Non. La moyenne des guérisons obtenues par Trousseau est encore celle qu'on obtient aujourd'hui. La pratique de la trachéotomie en est-elle devenue plus facile? Pas davantage. Chaque procédé paraît surtout facile à celui qui l'a imaginé, et qui peut-être a été amené à l'adopter parce qu'il n'avait pas bien dans les doigts le procédé classique. Y a-t-il un procédé opératoire qui mette l'opéré à l'abri de tout danger? Nullement. Tous ont leurs inconvénients, et si l'on pèse bien le pour et le contre, l'avantage reste, j'en suis convaincu, au procédé classique un peu abrégé.

Je ne veux pas décrire en détail le manuel opératoire de ce procédé, que vous trouverez dans tous les traités de médecine opératoire. Le voici seulement dans ses principaux traits : Une incision divise la peau *très-exactement sur la ligne médiane*, depuis le milieu du cartilage thyroïde jusqu'à une petite distance de la fourchette du sternum. On éponge et on divise le tissu cellulaire en évitant autant que possible les veines, qu'on repousse à droite et à gauche. Chaque coup de bistouri est suivi d'un coup d'éponge; on arrive ainsi, en divisant successivement le tissu cellulaire et l'aponévrose superficielle entre les muscles sterno-hyoïdiens; et, à partir de ce moment, l'opérateur place une érigne mousse avec laquelle il tire très-légèrement les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien vers lui, tandis que l'aide placé en face en fait autant de son côté. En traversant successivement les différentes couches, on arrive jusque sur l'aponévrose profonde que l'on divise, et dont les bords sont saisis par les érignes; puis, en continuant, on ne tarde pas à atteindre la trachée, jusqu'à laquelle on est parvenu en faisant une succession d'incisions longitudinales, d'autant moins étendue qu'on s'est éloigné davantage de la peau, dont l'incision a été très-étendue pour permettre à l'opérateur de bien voir ce qu'il fait.

On a dû toujours éponger avec soin, pour distinguer clairement les parties que l'on doit diviser; ce qui est peut-être la chose la plus difficile à obtenir. Si l'on rencontre des vaisseaux, on tâche de les éviter, et si on n'y peut réussir, on les masque avec le doigt jusqu'à ce que l'opération soit terminée. Pour avoir le minimum de sang, on fait en sorte de prolonger les incisions profondes le moins bas

---

acceptées dans tous les pays, elles seront toujours en petit nombre dans la confrérie médicale, et leur intervention sera très-probablement toujours limitée à la spécialité des maladies féminines, qu'elles se partageront, mais fort inégalement, avec les médecins du sexe fort. Il n'y a donc lieu ni de s'irriter, ni de craindre; il n'y a qu'à laisser passer et à laisser faire.

Voulez-vous me permettre une courte diversion à ma névropathie? Qui de nous, médecins, — je dis médecins, — n'a ri, et de bon cœur, aux représentations du *Malade imaginaire?* Une pensée triste cependant tempère, au moins pour moi, la gaieté de ces scènes, c'est le souvenir de la mort de l'immortel contempteur des médecins de son temps, arrivée précisément à la suite d'une représentation de ce drame, — car c'est un drame profond, — et, après le célèbre *juro* de la cérémonie. Qui pourrait se figurer que Molière ait trouvé un imitateur? J'ai cependant, de ce fait, la preuve sous les yeux par une brochure intitulée : *Lettre du doyen des malades au doyen des médecins de Lille*, 2e édition. Lille, 1877. Bureau, libraire.

Je vous avoue sans honte que cette brochure m'a fait passer un joli petit moment. Elle est spirituellement écrite; il y a de l'humour et du trait. Je ne sais comment les médecins de Lille ont accueilli cette publication, mais je les tiens pour hommes de trop d'esprit et de bon sens pour s'être irrités. La médecine a résisté à bien d'autres attaques. Celle-ci au moins est gaie et amusante. Jugez-en par ce petit morceau :

« Je me nomme ARGAN, arrière-petit-fils de celui dont Molière s'est moqué à tort, car il était bien réellement atteint du mal incurable qui me ronge ainsi que d'autres malheureux, celui d'appeler trop souvent des médecins. J'avais cru que le grand comique s'était injustement acharné après eux. En tout cas, leurs descendants d'aujourd'hui, qui prétendent ne plus

possible, au-dessous du cartilage cricoïde, attendu qu'il n'y a guère que les trois premiers anneaux de la trachée qui ne soient pas recouverts par le corps thyroïde, et qu'en incisant plus bas on attaque le lobe moyen de celui-ci, et on divise des veines profondes qui ne manquent jamais de donner du sang en assez grande abondance.

Quand l'opération a été exempte d'hémorrhagie, on voit aisément la trachée au fond de la plaie en entonnoir qu'on vient de pratiquer, et le doigt en sent parfaitement les anneaux. C'est alors qu'on en fait la ponction dans l'angle supérieur de la plaie avec le bistouri droit, et que l'on complète l'incision de trois anneaux au plus avec le bistouri boutonné. Pour pratiquer cette ponction, il n'y a pas à se préoccuper, autant qu'on le dit, de fixer la trachée; elle ne tend pas à fuir si la tête est bien renversée.

On a aussi conseillé de faire la ponction dans l'angle inférieur, et de compléter l'incision avec le bistouri boutonné, de bas en haut, pour éviter les chances d'hémorrhagie. Cette manière de faire n'est pas commode. L'ouverture de la trachée faite, on entend la sortie bruyante de l'air, et on place le dilatateur; puis, faisant asseoir le malade, on le laisse respirer et se remettre; après quoi, on procède à l'introduction de la canule. On en présente l'extrémité dans l'écartement des branches du dilatateur, soit au-dessus, soit au-dessous, et l'on pousse doucement d'avant en arrière jusqu'à ce qu'elle ait pénétré à une certaine profondeur; alors on relève le pavillon pour ramener l'extrémité interne en bas, en décrivant un arc de cercle; en même temps que la main gauche qui tient le dilatateur le retire doucement de la trachée, où il cède la place à la canule à travers laquelle l'air, en s'échappant, fait entendre une résonnance métallique qui indique la pénétration dans les voies aériennes. On peut manquer d'entrer dans celles-ci, lorsqu'avant de faire décrire l'arc de cercle à l'extrémité interne, on n'a pas poussé cette dernière assez loin en arrière pour aller toucher la paroi postérieure de la trachée; le bout de la canule glisse alors au devant de la trachée, et va se loger entre elle et l'aponévrose profonde, dont les bords la serrent comme feraient ceux des voix respiratoires.

Ce temps d'introduction de la canule a quelquefois des difficultés. Pour y obvier, on a proposé de passer une sonde dans l'aire de la canule, et d'introduire l'extrémité de cette sonde jusque dans les veines respiratoires, de façon à s'en servir comme d'un mandrin pour guider la canule.

M. Mathieu a inventé un porte-canule ayant la courbure et le volume des diffé-

---

exercer un art, mais appliquer une science, ne devaient avoir de commun, selon moi, avec de pareils ancêtres, que leur diplôme de la savante Faculté de Paris. Je trouve, hélas! que si la médecine change, les Diafoirus et les Purgon me paraissent les mêmes qu'au siècle de Louis XIV.

Ce que j'ai, je l'ignore, et ceux qui m'ont traité n'en savent pas beaucoup plus. Cependant j'ai appelé des médecins en renom. Pardon, vous n'en êtes pas, à cause d'un certain adage latin qui vous est applicable : *Medice cura te ipsum*. Nous avons, vous et moi, la même maladie.

L'un a déclaré que j'avais une affection du foie; un autre que c'était le cœur qui était malade, ainsi que son enveloppe, atteints d'un rhumatisme passé inaperçu. Pour le troisième, j'avais simplement des coliques dues à des calculs biliaires. Ce *simplement* me mettait hors de moi pendant mes horribles souffrances. L'autre, très-savant celui-là, prétendait qu'un rein s'était décroché et qu'il flottait suspendu dans mon corps. Enfin, un cinquième disait que mon état résultait d'une anémie, provoquée sans doute par mes soucis, mes occupations, mes préoccupations... peut-être mon ambition!...

Vous le voyez, l'expérience de mon aïeul ne m'a servi en rien. J'ai fait pire que lui, qui n'avait consulté que son M. Diafoirus. Grâces aux remèdes variés et fantaisistes, ordonnés par vos confrères, car les apothicaires ont fait aussi de grands progrès, mon M. Fleurant s'enrichit mieux qu'au temps jadis. »

L'auteur passe ensuite en revue les cinq médecins qu'il a successivement appelés et congédiés, et je vous assure qu'il y a là des scènes fort cocasses, qui, mises au théâtre par un dramatiste habile, amuseraient fort le public à nos dépens. Malheureusement, il y a beaucoup de vrai dans tout cela. Voici, par exemple, les portraits du troisième et du quatrième :

rentes canules, et destiné, comme la sonde dont je viens de parler, à servir de conducteur. Ces artifices peuvent, jusqu'à un certain point, être rationnels et utiles, mais il faut observer que la sonde ou le porte-canule étant pleins, ne permettent pas l'entrée de l'air et augmentent momentanément l'asphyxie; et que, d'ailleurs, ils peuvent eux-mêmes faire fausse route. Si l'on veut bien pousser directement en arrière l'extrémité de la canule entre les branches du dilatateur, et ensuite exécuter le mouvement en arc de cercle, on arrivera presque toujours d'emblée à la placer. D'ailleurs, comme l'enfant respire à l'aide du dilatateur, il n'y a pas lieu de se démonter et de se presser, si on ne réussit pas au premier coup. Il faut, au contraire, prendre son temps et recommencer posément, moyennant quoi on réussit toujours.

Il y a une manière de faire qui est diamétralement opposée à celle que je viens de vous décrire, et qui consiste à pénétrer du premier coup de bistouri dans la trachée, en traversant par ponction tous les tissus, depuis la peau jusqu'à la paroi de la trachée inclusivement, et à les diviser ensuite de haut en bas par un mouvement de section.

Les chirurgiens qui ont proposé ce procédé expéditif ont eu une première préoccupation, celle de fixer la trachée de manière à l'immobiliser, tout en la rapprochant autant que possible de la peau. M. Chassaignac obtenait ce résultat en enfonçant jusque dans la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, un crochet ou ténaculum cannelé sur sa courbure. Une fois le cartilage bien saisi par cette sorte d'érigne, on tire la trachée en haut et en avant, de façon à la maintenir immobile et à la rapprocher de la peau; puis, suivant avec un bistouri droit à lame étroite la cannelure du ténaculum, on pénètre dans les voies respiratoires par ponction; puis, sectionnant les tissus avec précaution de haut en bas, on fait une ouverture suffisante pour introduire le dilatateur et enfin la canule. Ce procédé, dont on a fait la critique, a été abandonné à peu près complétement.

(La fin dans un prochain numéro.)

« Le suivant ne m'a dit du mal que du prédécesseur. Mais ensuite, il passait ses visites, plus rares, à m'entretenir de ses cures merveilleuses, de ses opérations hardies, de ses grands travaux. Même à l'appui, ma bibliothèque s'est enrichie de brochures techniques et d'images de chirurgie réjouissantes, qui feront plus tard les délices de mes héritiers. Il s'enorgueillissait surtout, en promenant son menton raidi dans son faux-col raide, de ses nombreuses, très-nombreuses relations officielles. En un mot, sa personnalité l'absorbait tellement, qu'il oubliait de me parler de moi. Les grosses maladies dont il avait guéri de gros malades, ici et au loin, faisaient, qu'en me les énumérant, il ne disait pas un mot de la mienne.

Vous daignerez donc m'excuser, si je suis encore passé à un autre.

J'en ai loué le Ciel d'abord, tant il s'est montré pour moi compatissant, attentif, empressé, obséquieux. Je n'avais plus affaire à un docteur, mais à une sorte d'infirmier, doublé de la sœur de charité la plus tendre. Ce bon homme ne parlait guère médecine que pour compatir aux souffrances de son cher malade, pour s'informer de mes propres affaires, de celles de ma famille. Ses longues visites, d'ailleurs, étaient toutes en action : il préparait et me posait lui-même les cataplasmes, me présentait la tisane, agitant, avec un sourire, la cuiller dans la tasse, couvrait mes pieds de l'édredon, relevait mes oreillers; au besoin, il eût fait office de matassin. Sa répugnance pour les purgations, pilules, potions, paraissait encore plus forte que la mienne. Le nom d'ordonnance ne saurait être donné à ses conseils, écrits ou parlés, tant il craignait de faire le plus petit acte d'autorité doctorale. Je ne l'ai jamais vu qu'appliqué à satisfaire mes désirs. J'ignore donc s'il sait votre codex, mais certainement il connaît la nature humaine, s'évertuant moins à savoir comment on traite, que comment le malade veut être traité. »

Enfin, Argan se décide à se donner le luxe d'une consultation. Il faut en lire le récit fait

CLINIQUE MÉDICALE

LES BAINS FROIDS ET L'HYPERTHERMIE (1);

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 9, 23 mars et 13 avril 1877,

Par le docteur FERRAND, médecin de l'asile des Incurables.

§ III. — EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

Nous avons passé en revue les effets produits par le bain froid, au point de vue physique et au point de vue physiologique. Il nous reste à voir le profit que la thérapeutique peut tirer de cet agent.

Avant tout, qu'il soit bien entendu que nous ne saurions méconnaître l'un quelconque de ces effets au profit des autres. Il est évident que les observateurs qui ne tiennent compte que de l'effet physique du bain froid et négligent ses effets physiologiques, que ceux qui ne voient ici que la puissance frigorifique de cet agent et négligent l'ensemble des perturbations qu'il apporte dans les actes du système nerveux, de la circulation et de la nutrition, ceux-là, quels que soient les résultats qu'ils nous annoncent, ne font que de la mauvaise médecine. La raison et l'expérience s'accordent ici pour nous faire entendre qu'il faut agir d'une façon parallèle dans l'ordre physique et dans l'ordre physiologique, si l'on ne veut s'exposer à produire les plus redoutables perturbations; et si le désaccord est trop grand entre ces deux sphères de la vie, s'il faut absolument sacrifier l'une à l'autre, c'est l'ordre physiologique qui doit l'emporter. En un mot, l'indication physiologique doit passer avant l'indication physique.

Ceci rappelé, laissons de côté le point de vue physique, pour envisager celui de la physiologie pathologique appliquée à la thérapeutique.

Le bain froid produit deux effets inverses, selon la manière dont il est administré. Donné, de courte durée, à une basse température, avec agitation du liquide, il est excitant. Cette excitation se produit aussitôt après l'entrée du sujet dans l'eau froide; elle se reproduit lorsqu'il en est sorti dans les conditions propres à favoriser la réaction.

L'effet hyposthénisant, qui se produit aussitôt après l'immersion dans le bain froid,

(1) Suite — Voir les numéros des 9, 14, 18 et 23 août.

---

par Toinette, qui, de sa cuisine, entendait tout et a tout répété à son maître. Mais je ne peux tout reproduire, et l'on m'accusera peut-être d'en avoir trop reproduit de cette prose incisive et mordante. Permettez-moi de finir comme l'auteur, en vous disant :

« Je vous quitte en vous adressant mille excuses. Ne croyez pas que j'aille conclure *de genere ad genus.* Non. Je crois à la médecine et aux bons médecins. Bons, pris dans le sens de bonté, de savoir et d'honorabilité. Ils sont tels, en grande majorité, Dieu merci, et j'y mets presque tous ceux qui figurent dans la belle liste de votre Association. S'il s'en trouve quelques-uns qui soient la dupe de quelques autres, c'est leur honneur.

Je finis donc ma lettre par la formule un peu altérée qui termine le Symbole des Apôtres : Je crois au saint esprit du corps, à la Faculté catholique ou républicaine, à la communion des sains, à la rémission des décès, à la résurrection de ma chair, à ma vie éternelle, ainsi soit-il !

Daignez agréer, Monsieur le Doyen, mes plus respectueuses salutations.

ARGAN. »

Lille, avril 1877.

Pour copie conforme : Dr SIMPLICE.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — M. Jouteau (Georges-Arthur), né le 27 octobre 1848, à Richelieu (Indre-et-Loire), pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, pour une période de neuf années.

n'a alors qu'une durée excessivement courte; mais il se retrouve après la période d'équilibre, dans la seconde phase de concentration, et la dépression qui en résulte alors est telle, qu'elle peut aller jusqu'à provoquer la maladie chez l'homme sain, et même la mort (Fleury). Pour être hyposthénisant d'emblée, le bain devrait, d'après Fleury, être pris dans un liquide immobile et d'une douce température; il devrait être prolongé, quant à sa durée. Le bain à basse température, malgré l'excitation qu'il provoque à l'entrée du malade, semble, lorsqu'il est suffisamment prolongé, provoquer une dépression plus prompte, sur la persistance de laquelle on n'est pas encore totalement d'accord. Il serait curieux toutefois de vérifier si un bain tiède suffisamment prolongé ne produirait pas une dépression plus durable que celle du bain froid, ainsi que le pensait Fleury.

Winternitz, dans son livre de l'hydrothérapie étudiée au point de vue physiologique et clinique (Vienne, 1877), établit aussi qu'un froid modéré et de courte application provoque une excitation, et qu'un froid plus intense ou plus prolongé produit des phénomènes de paralysie ou d'anesthésie cutanée. Il résulte des conclusions de cet auteur, qu'une excitation forte, en même temps qu'elle aboutit à un refroidissement de la température du corps, est hyposthénique et « diminue l'action du cœur et des vaisseaux. » (*Revue des sciences médicales.*)

Préoccupés surtout de provoquer et de soutenir la réfrigération après le bain, les partisans de l'eau froide ont cru prouver que ce but était atteint par elle, mieux que par l'eau tiède. Je n'en disconviens point; mais il est vrai aussi que la dépression obtenue par le bain tiède prolongé est plus mesurée, plus graduelle et plus pure de toute phase d'excitation. C'est là un fait incontestable.

En dehors de ces deux effets d'excitation ou de dépression, il n'y a plus de place que pour des modifications singulières qui comportent plus ou moins l'un ou l'autre de ces deux éléments, et se rangent sous le chef peu significatif de perturbation. Quel autre nom donner, en effet, à cet ensemble d'influences si violentes, qui se succèdent si brusquement, et en contraste si heurté les unes avec les autres, pendant un bain froid pris dans l'état de fièvre?

Influence dépressive, directe ou réflexe, qui peut aller jusqu'à la suppression de l'activité du cœur et de la respiration, provoquer d'emblée la syncope et faire passer le malade, sans transition, de l'immersion à la mort.

Influence excitante peu de temps après l'immersion, alors que la sensibilité périphérique reçoit brusquement l'impression si violemment pénible que vous savez; alors que le sang, refoulé vers les viscères, y produit un afflux comparable à celui d'un coup de piston dans un corps de pompe, alors que l'état de suffocation appelle à l'activité toutes les puissances qui entrent en jeu dans l'orthopnée, alors enfin que la nutrition, mise en branle-bas, s'efforce à lutter contre le refroidissement par une plus grande multiplicité d'oxydations et de combustions.

Influence dépressive qui ne tarde pas à se manifester ensuite avec l'algidité, c'est-à-dire la débilité cardiaque, le ralentissement du pouls et de la respiration, l'engourdissement ou l'obtusion des centres nerveux, et surtout la stagnation vasculaire périphérique, avec le frisson qui l'accompagne. Et ce n'est qu'à ce prix que la nutrition peut à son tour se ralentir, et les combustions se modérer sous l'influence du bain froid. Et M. Peter vous l'a montré : il est des malades qui ne s'en réchauffent pas.

C'est cette phase d'hyposthénisation que le système de Brand recherche, qu'il exagère, et surtout qu'il prolonge à outrance, dans le but d'atteindre une réfrigération qui n'est qu'un mirage décevant, et sans se préoccuper de l'état grave dans lequel il jette les fonctions les plus importantes de l'économie, déjà grandement ébranlées par la maladie et par la fièvre.

Il faut, en un mot, pour atteindre ce but, que le malade subisse d'abord une excitation violente, brusquement suivie d'une hyposthénisation extrême, et que l'hyposthénie ainsi acquise soit maintenue le plus longtemps possible, au grand désespoir et à la grande souffrance du malade.

On objectera sans doute ici que cette aggravation de l'hyposthénie n'est pas du tout ce qui ressort des observations dans lesquelles le procédé de Brand a été mis en

œuvre, qu'au contraire l'usage des bains froids a fait cesser le délire et les accidents nerveux, dans la plupart des cas où ces phénomènes existaient. Mais on doit ici se demander bien des choses, si l'on veut interpréter ces faits, et en particulier cette cessation du délire. Et d'abord, dans ces cas où le délire a cessé, était-ce bien à un délire d'hyposthénie que l'on avait affaire? Et puis, dans cet ensemble complexe des influences par lesquelles passe le malade soumis au bain froid, ne faut-il pas se demander, si c'est à l'excitation initiale ou à l'hyposthénie consécutive, que l'on doit la cessation des accidents nerveux?

Enfin, considérons encore quelle est la maladie contre laquelle on prétend employer un système de traitement aussi hyposthénisant. — C'est la fièvre typhoïde; la fièvre typhoïde, c'est-à-dire la maladie qui est, par elle-même, la plus hyposthénisante, celle qui peut, à elle seule, déterminer la débilité cardiaque, les stases vasculaires, la débilité motrice et l'obtusion sensorielle, la stupeur nerveuse, en un mot, enfin, la déchéance nutritive de nos principaux organes.

En vérité, Messieurs, ceux qui avaient entrepris de traiter cette maladie par la formule des émissions sanguines répétées, ne me semblent pas avoir été plus mal inspirés que ceux qui lui opposent l'usage systématique des bains froids. Et vous savez le cas que l'on fait aujourd'hui de cette pratique-là.

Eh quoi, les bains froids prolongés, administrés à l'homme en santé, sont hyposthénisants au point d'être dangereux, ils plongent le sujet dans un état de malaise algide et l'y maintiennent jusqu'à ce qu'un effort fébrile soit venu l'en faire sortir; et c'est par ce moyen qu'on arriverait à combattre la maladie, la fièvre, et la plus hyposthénisante des fièvres? Il y a là un paradoxe thérapeutique que bien des statistiques ne suffiraient pas à me faire accepter comme l'expression de la vérité.

Supposons un moment qu'on puisse ainsi atteindre un tel but; voyons jusqu'à quel point doit être poussée cette hyposthénisation qu'il faut imposer au malheureux typhique : il faut, si l'on veut atteindre ainsi l'activité organique et nutritive, il faut abattre d'abord, et plus bas encore, l'activité de la vie animale. Or, qui donc nous assure que, dans cette tentative, nous ne dépasserons pas la mesure au delà de laquelle cette débilité devient de l'inertie? A quel degré faut-il s'arrêter pour échapper à ce péril? — Voilà des forces qui sont devenues débiles au point de ne plus suffire aux manifestations les plus essentielles de la vie, et nous ne craindrions pas de frapper ces forces d'un coup de fouet sous lequel elles peuvent s'épuiser tout d'un coup, comme il arrive par le *schock* nerveux; nous ne craindrions pas, après les avoir ainsi frappées, de les abattre aussitôt sous l'étreinte puissante du froid, ce paralysant plus redoutable encore?

En résumé, il n'y a pas à en douter, l'effet thérapeutique du bain froid, donné dans la fièvre selon le système de Brand, c'est, en définitive, l'hyposthénie. Et l'hyposthénie, dans la fièvre typhoïde, c'est le danger.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Bouley présente, au nom de M. Toussaint, une Note sur les bactéridies charbonneuses :

« Le 31 mars 1875, M. Chauveau me remit deux flacons renfermant l'un une tumeur abdominale, l'autre un morceau de la rate provenant d'un mouton mort du charbon (sang de rate), qui lui avaient été envoyés par M. Joly, vétérinaire à Gien. Lorsque je reçus ces pièces, elles avaient déjà une légère odeur putride.

Je pratiquai immédiatement des inoculations sur une série de huit lapins.

L'examen comparatif des résultats de ces expériences a fait voir que la mort de ces animaux (qui étaient tous de la même portée, par conséquent de même force) arrive en un espace de temps plus ou moins long. Lorsque le sang est frais, la mort est rapide : elle arrive en un temps qui varie de vingt-deux à vingt-cinq heures (dans un certain nombre d'autres inoculations, nous avons pu voir que ce temps peut être dépassé, mais il est rare que la durée de la vie soit de plus de trente-cinq à quarante heures).

Si, au contraire, le sang a subi un commencement de putréfaction, la mort arrive beaucoup plus tard, ordinairement de la cinquantième à la soixante-quinzième heure.

J'eus alors l'idée de chercher à cultiver les bactéridies, car j'avais pu remarquer que, lorsqu'on examine le sang d'animaux morts depuis un certain temps, les bactéridies semblent crénelées, puis que bientôt elles se désagrégent et donnent naissance à de petits corps ovoïdes ou arrondis, isolés ou géminés, et que néanmoins, à ce moment, le sang inoculé transmet à coup sûr le charbon.

Je résolus de cultiver les bactéridies à l'abri de l'air, par conséquent de la putréfaction, tout en conservant, comme témoin, du sang charbonneux abandonné à lui-même dans le cadavre de l'animal, ou bien placé dans une étuve et renfermé dans un flacon non bouché.

Pour recueillir le sang et le mettre à l'abri de l'air, j'usai d'un moyen qui m'avait été indiqué par M. Chauveau. On prend de petits ballons de verre mince, de la capacité de 2 centimètres cubes environ, dont on étire le goulot très-finement. Pour faire le vide dans ces ballons, on les remplit d'eau distillée qu'on fait ensuite bouillir sur une lampe à alcool; au moment où les dernières gouttes se vaporisent, on ferme au chalumeau l'extrémité effilée.

Lorsqu'on veut remplir ces ballons, on fait une petite ouverture à une veine, préalablement liée du côté du cœur; on introduit l'extrémité effilée et fermée dans le vaisseau, puis on la casse avec l'ongle à travers la paroi vasculaire. Le ballon se remplit immédiatement; on ferme à la lampe, et l'on peut conserver ainsi le sang indéfiniment sans qu'il se putréfie.

Les tubes ainsi recueillis, les uns étaient placés dans une étuve dont la température était de 38 à 39 degrés; les autres, conservés dans le laboratoire, à la température de 15 à 18 degrés.

Les expériences faites sur une deuxième série d'animaux, avec le sang placé dans ces diverses conditions, ont fait voir que, tandis que le sang d'un animal chargé de bactéridies tue un lapin en trente-deux heures, ce même sang, quatre jours après, et conservé à l'abri de l'air et de la putréfaction, mais à une température peu élevée, demande soixante-trois heures pour amener le même résultat. Ce sang, enfin, conservé à la température du corps, est demeuré inactif.

Une troisième série d'expériences donna des résulats identiques à ceux de la première série. Le sang conservé à l'abri de l'air, mais à la température du laboratoire, donne encore la mort lorsque ce même sang, placé dans un milieu dont la température est plus élevée, ou bien abandonné à la putréfaction, est devenu incapable de transmettre le charbon. Quelle est donc la cause des résultats différents obtenus par ces inoculations?

S'il est assez difficile de conclure en face d'expériences aussi peu nombreuses, elles sont néanmoins suffisantes pour mettre sur une voie toute nouvelle. Voici comment je les avais interprétées :

Au moment de la mort, et avant que la putréfaction se soit emparée du cadavre des animaux charbonneux, les bactéridies ont toute leur force : qu'elles soient à l'état de bactéridies ou de spores, elles donnent à coup sûr la mort. La putréfaction les tue, ainsi que l'a démontré M. Davaine.

Mais si elles sont conservées à l'abri de l'air, et par conséquent de la putréfaction, les bactéridies n'en meurent pas moins en un temps assez court, car elles ont bientôt absorbé l'oxygène du milieu dans lequel elles se trouvent, et elles meurent asphyxiées. Cette asphyxie des bactéridies arrive d'autant plus vite qu'elles se trouvent dans un milieu dont la température est plus élevée (le sang des ballons de l'étuve conserve son activité moins longtemps que celui du laboratoire) : ce qui tient probablement à une consommation plus grande d'oxygène.

J'avais tiré de ces réflexions une théorie de l'action des bactéridies que j'ai souvent exposée à mes amis, et qui se trouve conforme à celle de M. Pasteur; la voici :

Les bactéridies sont des corps très-avides d'oxygène, elles tuent l'animal en absorbant toute la quantité de ce gaz qui est en dissolution dans le sang; elles tuent l'animal par asphyxie. Depuis ce temps, j'ai été souvent frappé par la similitude qui existe entre les lésions du charbon et celles d'une asphyxie lente, comme celle qui est causée par le météorisme, par exemple.

La conception de la mort par asphyxie, dans les maladies charbonneuses, rend parfaitement compte des symptômes observés chez les animaux inoculés : ceux-ci, pendant toute la durée du temps qui s'écoule entre le moment de l'inoculation et les dernières heures de la vie, ne paraissent pas malades; mais, au dernier moment, les phénomènes apparaissent, s'aggravent, se multiplient avec une rapidité étonnante, et la mort arrive.

Cette rapidité dans la succession de phénomènes graves a eu pour résultat de propager cette erreur, que le charbon tue en quelques heures; en réalité, il a dû se passer un temps plus ou moins long pendant lequel l'animal était sous le coup de la maladie sans en manifester les symptômes.

Voici comment il me semble que l'on doive expliquer ces phénomènes :

Immédiatement après l'inoculation, le nombre des bactéridies mélangées au sang est très-

petit, il y en a à peine quelque-unes dans les premières heures, et des recherches très-minutieuses n'en font souvent découvrir aucune : aussi la quantité d'oxygène qu'elles absorbent à ce moment peut-elle être considérée comme nulle; mais, ainsi que le pense M. Davaine, elles se multiplient suivant une progression géométrique, et la quantité d'oxygène absorbée par elles suit cette progression. Dans les derniers temps, le nombre des bactéridies croît avec une rapidité effrayante, et bientôt les symptômes s'accusent en raison directe de ce nombre. Enfin, l'animal meurt lorsque les bactéridies sont assez nombreuses pour absorber tout l'oxygène introduit à chaque inspiration : l'accélération des mouvements respiratoires ne fait que retarder la mort de quelques instants.

Il y a quelques mois, je voulais vérifier l'exactitude de cette théorie en faisant, à divers moments, sur de grands animaux que j'aurais inoculés, des analyses des gaz du sang, mais je ne pus me procurer de sang charbonneux : ce sont des expériences qui devront être faites plus tard. »

M. D. Carrère adresse des échantillons de papiers irisés par une couche mince d'épaisseur variable.

M. le professeur Bouillaud communique à l'Académie de nouvelles considérations sur la localisation des centres cérébraux régulateurs des mouvements coordonnés du langage écrit et du langage articulé. Dans cette partie de son Mémoire, le savant professeur s'attache à réfuter les objections opposées par M. le docteur Ed. Fournié, à la localisation de la faculté de la parole dans la troisième circonvolution de l'hémisphère gauche. Il s'appuie surtout sur la division du corps de l'homme en deux côtés semblables, et non sur la préséance du côté droit. — M. L.

FORMULAIRE

Glycéré contre la blépharite ciliaire. — Thiry.

Sous-nitrate de bismuth.	4 grammes.
Poudre d'amidon	8 —
Glycérine neutre	12 à 15 grammes.

F. s. a. un mélange, avec lequel, deux ou trois fois par jour, on fera des onctions sur le bord libre des paupières pour calmer les démangeaisons de la blépharite ciliaire. Dans l'intervalle, on pratiquera des lotions avec de la décoction de morelle et de pavots. — Si le sujet est lymphatique ou scrofuleux, on lui fera prendre, à l'intérieur, des préparations ferrugineuses et de l'huile de foie de morue. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 25 Aout 1633.

Aubin Gaultier, apothicaire à Avranches, meurt dans cette dernière ville. On a retrouvé son acte de décès dans les registres de la paroisse Notre-Dame-des-Champs d'Avranches. Il est ainsi conçu : « Le XXVme jour d'aoust mil six cens trente-trois décéda Mre Aubin Gaultier, « M^re^ apoticaire, enterré dans le cœur de l'église, proche le guychet de devers le pallet. »

Aubin Gaultier était poëte. Il a écrit une pastorale, *L'union d'amour et de chasteté*, qui a été imprimée à Poictiers, chez la veuve Jehan Blanchet, et qui a été remise au jour par M. E. de Robillard de Beaurepaire. Avranches, 1872; in-8°. — A. Ch.

COURRIER

Obsèques de M. le docteur Cabanellas. — Les obsèques de M. le docteur Cabanellas ont eu lieu avant-hier jeudi, à Maisons-Laffitte, où il a succombé à une longue et douloureuse maladie des voies digestives. Dans l'assistance d'amis et de médecins, convoqués à la triste cérémonie, nous avons remarqué un grand nombre de membres de l'Association générale, et entre autres MM. H. Roger, président; Bancel, président de la Société de Seine-et-Marne; Piogey, secrétaire de la Centrale, Gimelle, Dubuc, etc.; ils s'étaient empressés de venir rendre un dernier hommage au confrère aussi distingué qu'honorable, qui fut, un des premiers de l'Association, longtemps membre du Conseil général, et qui se montra, de la première heure jusqu'à la dernière, ouvrier plein d'ardeur généreuse pour cette grande œuvre confraternelle. — Le corps ayant été transporté à Chartrettes, immédiatement après le service religieux, il n'y a pas eu lieu à prononcer de discours sur la tombe de notre sympathique et regretté confrère.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 21 août 1877, rendu sur le rapport du mi-

nistre de la marine et des colonies, M. le médecin-professeur Barthélemy-Bénoit (Pierre-Émile) a été promu au grade de médecin en chef dans le Corps de santé de la marine.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Ritter, professeur de chimie médicale et toxicologie à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé, en outre, directeur du laboratoire des cliniques de ladite Faculté.

Sociétés protectrices de l'enfance. — Le Congrès des Sociétés protectrices de l'enfance s'est ouvert, à Rouen, le 20 août.

Après une courte allocution du président de la Société de Rouen, pour remercier les délégués des autres Sociétés de leur concours, il a été procédé à la nomination du bureau, qui a été ainsi constitué :

Président : M. le docteur Marjolin, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, premier vice-président de la Société de Paris;

Vice-présidents : MM. le docteur Rodet, président de la Société de Lyon; Bodart, secrétaire général de la Société d'Indre-et-Loire;

Secrétaire général : M. le docteur Cournères, secrétaire du comité de Dieppe;

Secrétaire des séances : M. Bellaire, représentant de la Société de Marseille;

Secrétaire-adjoint : M. le docteur Nicolle, secrétaire de la Société de Rouen.

M. le docteur Marjolin a prononcé un discours dans lequel il a fait ressortir l'utilité des efforts des Sociétés protectrices de l'enfance, et les travaux du Congrès ont immédiatement commencé.

Le Congrès scientifique au Havre. — Le vice-amiral Gicquel des Touches, ministre de la marine et des colonies, vient d'autoriser M. le contre-amiral commandant la division de l'escadre cuirassée dans le Nord à venir mouiller devant le Havre pendant la journée du 26 août, si le temps le permet et si aucun incident particulier ne vient s'y opposer, afin de rehausser par sa présence sur la rade l'éclat des fêtes que doit donner la municipalité havraise, à l'occasion des réunions du Congrès scientifique de France.

Hôpital Ménilmontant. — L'hôpital de Ménilmontant est maintenant terminé. Sous peu de jours, il pourra recevoir les malades.

Voici quelques renseignements complémentaires sur ce beau monument, situé comme on sait derrière la mairie du XXe arrondissement.

Il comporte un pavillon central sous lequel s'ouvrent trois portes cintrées donnant accès à un vestibule orné de colonnes doriques. De chaque côté s'avancent en retour d'équerre deux corps de bâtiments surmontés de terrasses. C'est là que va s'installer l'administration.

Après avoir traversé le vestibule, on arrive dans une grande cour plantée d'arbres; au fond de cette cour, on aperçoit la chapelle, style roman, dont le clocher se fait voir en dehors.

Le monument est construit dans le système de pavillons isolés; derrière la chapelle se trouvera le service spécial pour les varioleux, qui jusqu'à ce jour sont confondus dans les hôpitaux avec les autres malades. Un peu plus loin est installé le service d'accouchement, qui n'est pas une sinécure dans un quartier aussi pauvre et aussi populeux ; il consiste en une petite construction à rez-de-chaussée élevée seulement d'un étage. Comme pour les varioleux, il y a un préau spécial destiné aux convalescentes.

Quatre corps de bâtiments, communiquant par des galeries couvertes, s'élèvent à quelque distance du pavillon central. Entre ces bâtiments existent deux grandes cours plantées d'arbres.

Deux grands escaliers ont été placés à l'extrémité de chaque pavillon, on y a établi aussi quatre ascenseurs. Des planchers existent partout. Dans toutes les salles on remarque de grandes et belles cheminées en porphyre rouge, surmontées de cadrans d'un très-bel effet. Des calorifères et des ventilateurs avec cheminées d'appel, d'après le système du général Morin, sont prêts à fonctionner; enfin, l'ensemble des constructions est clos par des murs mouchetés.

Ce beau monument, qu'on peut citer comme un modèle d'aménagement hospitalier, a coûté 9,545,000 fr.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris se réunira le samedi 25 août 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Rapport par M. le docteur Camuset. — 2° Sur un moyen de faciliter l'évacuation des graviers retenus dans la vessie, chez les malades atteints de gravelle urique habituelle, par M. le docteur Dubuc. — 3° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ENDOCARDITE VÉGÉTANTE DE L'ORIFICE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 25 mai 1876,

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'histoire de l'endocardite végétante, grâce aux travaux et aux communications dont elle est l'objet, se complète chaque jour, et le fait que nous venons d'observer à l'hôpital Saint-Antoine vient grossir le nombre de documents qui ont trait à cette affection; il s'agit, dans notre cas, d'une endocardite végétante *exclusivement* limitée aux valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.

C'est là une observation dont je n'ai pas trouvé, malgré d'assez nombreuses recherches, d'autre exemple dans la science. En effet, si l'endocardite végétante a été fréquemment observée dans le cœur gauche, on la voit rarement dans le ventricule gauche, et surtout limitée à l'orifice pulmonaire; d'ailleurs, les maladies de cet orifice sont, en dehors des affections congénitales, extrêmement rares chez l'adulte. Erichsen a rassemblé à grand'peine neuf cas de maladie de l'orifice pulmonaire (1); Wahl a signalé un fait d'endocardite aiguë des valvules sigmoïdes pulmonaires (2); Meynat a aussi fait connaître un cas de rétrécissement de l'orifice pulmonaire consécutif à une endocardite valvulaire (3); Martin Bernhardt a plus récemment publié une observation d'endocardite ulcéreuse de l'artère pulmonaire (4), mais ce sont là des faits exceptionnels d'une extrême rareté, et où il n'est point fait mention d'endocardite végétante. Le plus ordinairement, les maladies de l'artère pulmonaire

(1) Erichsen. *Ein Bestrag zur casuistik der Erkrankungen der Pulmonalartene* (*Petersburg med. Zeits,* 1), et Jaccoud, *Clinique méd.,* 1867, p. 175.

(2) Wahl. *Acute Endocarditis der Pulmonatklappen.* (*Petersburg med. Zeits,* 1861.)

(3) Meynat. *Rétrécissement de l'orifice pulmonaire succédant à une endocardite valvulaire.* (*Gaz. méd. de Lyon,* 1867.)

(4) Martin Bernhardt. *Em foll. von Endocarditis ulcerosa an der arteria pulmonaris.* (*Deutsh. Archiv für Klinische medicine,* 1876, t. XVIII, p. 113.

Voici le résumé de cette intéressante observation :

Homme de 50 ans. Symptômes d'une pneumonie droite. Frisson le 18 mars 1868. Au qua-

FEUILLETON

LA MÉDECINE AU JAPON (1)

École de médecine et hôpital de Yedo.

L'École de médecine de Yedo est une innovation toute récente, car elle n'a guère commencé à fonctionner sérieusement que vers la fin de 1871, et encore dans un local provisoire; les bâtiments définitifs n'ont été mis en service qu'en janvier 1877, tout dernièrement. Cette École est la seule qui soit officielle, en ce sens qu'elle est la seule qui ait été établie exclusivement aux frais du gouvernement, qui a fait des dépenses considérables pour son installation; seule elle est dirigée par des professeurs assez nombreux et habiles, et pourvue d'un matériel d'instruction assez complet pour pouvoir former des élèves capables d'être un jour des médecins instruits; elle représente, à elle seule, une ère nouvelle de transformation complète de l'art médical dans le pays, et c'est à ce titre que j'ai cru nécessaire de lui consacrer une notice spéciale. Je n'aurais donné qu'une idée incomplète de l'état de la médecine au Japon, si, après avoir fait connaître les systèmes de médecine du passé et du présent, je n'indiquais pas les moyens dont dispose la médecine de l'avenir.

Le corps des professeurs de cette École a été envoyé par le gouvernement allemand, sur la demande du gouvernement japonais. Pourquoi celui-ci a-t-il confié à l'Allemagne, plutôt qu'à tout autre pays, l'enseignement officiel de la médecine? Ce serait un peu difficile à dire. Il est

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 10, 17 et 24 juillet.

ont une origine congénitale, et notre collègue Constantin Paul nous a tracé une histoire fort complète de ces sortes de rétrécissements (1).

Voici tout d'abord l'observation de notre malade rédigée par notre interne, M. Paul Boncourt :

OBSERVATION. — *Albuminurie. — Troubles du côté du cœur. — Urémie. — Mort. — Autopsie. Dégénérescence des reins (gros reins blancs). — Endocardite végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.*

Le nommé C..., sculpteur, 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Lazare, n° 1 (service de M. Dujardin-Beaumetz), le 5 mai 1877, dans un état de faiblesse très-grande, se plaignant de palpitations et de douleurs à la région précordiale.

Antécédents : Sa mère est morte d'épuisement après avoir eu quinze enfants. Son père est encore bien portant. Il a un frère qui a 29 ans, et qui est malade de la poitrine; trois autres se portent bien.

Ce malade, quoique n'ayant jamais fait aucune maladie dans son enfance, n'a jamais été très-fort. Il était porté aux plaisirs sexuels, et assez souvent se livrait à des excès de boisson.

Début : Il y a trois mois, un dimanche, après avoir fait un de ses excès habituels, en rentrant chez lui il fut mouillé par une pluie torrentielle. Le lendemain, il fut pris de céphalalgie, de vomissements et de fièvre. Malgré cela, il put continuer son travail les jours suivants, conservant cependant une céphalalgie constante et une courbature générale. Cet état dura trois jours, au bout desquels il fut pris de douleurs constrictives à la poitrine, de gêne respi-

trième jour, crachats rouges et sentiment de constriction dans la poitrine. Point de côté le cinquième jour.

Le 27 mars, l'affection était en pleine décroissance.

Le 30, nouveau frisson et élévation de la température (38°5). Rien de nouveau dans la poitrine. Bruits du cœur faibles, nets à la pointe; à la base de l'appendice xyphoïde, souffle au deuxième temps pendant l'expiration et plus fort vers la fin de l'expiration.

Convalescence irrégulière; fièvre vespérale; fréquence du pouls.

3 avril. Nouveau frisson. Temp. à 40°. Depuis ce jour jusqu'au matin du 17 avril, jour de la mort, la température oscille entre 37°5 et 37°8.

AUTOPSIE. — *Péricarde :* Adhérence légère et totale. Cœur volumineux et mou. Valvules de l'artère pulmonaire malades. La valvule moyenne est déchirée, et à son extrémité pendent de petits lambeaux irréguliers et recouverts de coagula. A droite, pneumonie en grande partie guérie. Rameaux artériels de la partie postérieure remplis de petites embolies ayant donné lieu à des infarctus d'un gris rouge.

(1) Constantin Paul. *Comptes rendus* de la Société médicale des hôpitaux, 1870-1871.

---

certain que, en tenant compte des antécédents, et, dans l'espèce, on pourrait presque dire des droits acquis, c'étaient les Hollandais qui semblaient devoir être chargés de cet enseignement. Il ne faut pas oublier, en effet, que depuis plus de deux siècles et jusqu'à ces dernières années, tout ce que les Japonais ont pu acquérir de connaissances médicales, ils le doivent aux Hollandais de l'ancienne factorerie de Desima; que, par le fait, ils eurent pour premiers professeurs les Kœmfer, les Thunberg, etc.; enfin, que presque tous les livres de sciences et de médecine qu'ils ont eu entre les mains, ne sont que des traductions des ouvrages hollandais. Quoi qu'il en soit, ce sont les professeurs allemands qui sont en possession de l'enseignement officiel de la médecine que, par une très-heureuse exception, ils ont pu organiser et diriger à leur gré, sans avoir à subir les programmes des fonctionnaires japonais chargés de la partie administrative de l'établissement.

Le nombre des élèves admis à l'Ecole est d'environ trois cents, et la durée des études, après l'expérience des premières années, a été définitivement fixée à huit ans. Les élèves sont d'abord divisés en deux grandes catégories : la première comprend les élèves des trois premières années, et la deuxième ceux des cinq dernières années. Ceux de la première catégorie, qui est celle des études préparatoires, sont répartis en trois sections correspondant à chacune des trois années. On leur enseigne, pendant ce temps, la langue allemande, les éléments des sciences naturelles, physiques et mathématiques et aussi un peu de latin.

Les élèves de la deuxième catégorie, qui est celle des études médicales spéciales, sont répartis en cinq sections, correspondant également aux cinq dernières années d'études; de telle sorte que, en définitive, il y a autant de sections que d'années d'études, et un programme spécial est suivi par chacune de ces sections. Pendant les cinq dernières années, on enseigne aux élèves successivement les diverses branches de l'art médical, en commençant

ratoire grande et de palpitations facilement augmentées. En même temps, la couleur rosée de sa figure, qu'il disait avoir, disparut rapidement pour faire place à une pâleur extrême.

Alors il vint à la consultation de Saint-Antoine, où on lui dit qu'il avait des palpitations pour lesquelles on lui donna un vésicatoire et de la teinture de digitale. Il éprouva un grand soulagement. Pendant une semaine, il alla bien. Puis, de nouveau, il fut repris de ses douleurs à la poitrine, et surtout du côté droit; en outre, de la gêne pour respirer et de la fièvre.

Il revint de nouveau à la consultation, où on lui trouva un bruit de souffle au cœur. On lui donna du vin de quinquina, des pilules de Vallette et de la tisane de houblon. Aucun soulagement. Il s'amaigrit de plus en plus, s'affaiblit à tel point qu'il fut forcé de garder la chambre. Pendant quinze jours il resta dans cet état; puis de l'œdème se montra à ses jambes. Enfin, le 6 mai, il entra à l'hôpital.

État actuel : Ce jeune homme, presque imberbe, paraît un enfant par la figure ; il est d'une pâleur extrême, et un peu bouffi, surtout au niveau des paupières. On constate un peu d'œdème des bourses et des extrémités inférieures. La faiblesse est très-grande ; la marche impossible.

Appétit nul ; assez souvent, vomissements alimentaires et diarrhée depuis trois jours. Il se plaint de bourdonnements d'oreilles, et de douleurs aux cuisses et aux mollets. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal et sur la ligne mamelonnaire. La main, appliquée sur la région précordiale, perçoit les battements du cœur et en même temps du frémissement vibratoire. Des battements sont très-visibles à la fossette sus-sternale et au niveau des artères du cou.

A l'auscultation, on constate que les bruits du cœur sont soufflants; mais il est assez difficile de dire à quel temps correspond le souffle le plus fort. Cependant il paraît être au premier temps à la base du cœur, s'entendant surtout à droite du sternum, dans le troisième espace intercostal; pas de souffle à la pointe du cœur.

Ce qu'il faut noter avec soin, c'est qu'on entend bien dans les vaisseaux du cou les bruits du cœur, mois on ne perçoit plus les souffles.

Le pouls est fréquent, sans être irrégulier.

L'auscultation des poumons ne présente rien de particulier.

Le foie déborde un peu les fausses côtes. La palpation du ventre est un peu douloureuse à l'ombilic et à l'hypogastre.

Les urines sont rares et rouges. Après les avoir filtrées, on constate qu'elles contiennent de l'albumine. Au microscope, on y découvre des globules rouges altérés.

A cause de l'état de faiblesse et d'anémie dans lequel se trouve le malade, on lui donne un traitement tonique : vin et extrait de quinquina.

8 mai. Le malade a vomi une partie de son repas; il a de la diarrhée. Dans les vingt-quatre heures, il a rendu un litre d'urine. Sang et albumine.

---

par l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale, etc., et en terminant par les diverses cliniques ; les cours de clinique sont seulement suivis par les élèves des trois dernières années de la deuxième catégorie.

Les nouveaux bâtiments de l'École de médecine, qui comprennent ceux de l'École proprement dite, de l'hôpital et des logements particuliers des professeurs et des élèves, occupent un des sites les plus convenables que l'on puisse désirer pour un établissement de ce genre. Bien que situés au milieu de la ville, ils se trouvent en réalité, quelque paradoxal que cela paraisse, à la campagne, au milieu de vastes terrains non habités, et boisés. On s'expliquera très-facilement ce fait quand on saura que, sous le rapport de la distribution des habitations, la ville de Yedo ne peut être comparée à aucune des grandes villes d'Europe; elle contient, en effet, un grand nombre de vastes terrains ou parcs qui entourent les *yachikis* ou palais des anciens seigneurs de la cour des anciens *Chògoun*, connus en Europe sous la fausse dénomination de *Taïkoun.* Nombre de ces parcs ont plusieurs kilomètres de périmètre; à cela, il faut encore ajouter les grands parcs qui entourent les principaux temples. Ce n'est que dans les terrains laissés libres par ces domaines seigneuriaux que vinrent peu à peu et timidement s'établir les gens du peuple ; d'où il résulte que la superficie de la ville est formée de quartiers populeux au milieu desquels existent de vastes espaces boisés ou cultivés.

L'École de médecine, entourée de l'hôpital et des logements des professeurs et élèves, se trouve dans le quartier de *Hongo*, et dans l'intérieur même du parc de *Kanga*; elle touche à une des plus jolies portions du parc où les Japonais ont accumulé les merveilles dont ils sont capables en fait de plantations, de petits lacs, rocailles, etc. Tout à côté se trouve le parc de *Ouyéno*, célèbre par son étendue et ses beaux arbres séculaires, et qui est à Yedo à peu près ce que le bois de Boulogne est à Paris; ce parc n'est séparé des terrains de l'Ecole que

9 mai. Urine, 600 grammes. Sang et albumine. Il nous dit que les reins lui ont fait mal dès le début de sa maladie, et que son urine a présenté sa couleur actuelle.

On constate chez notre malade de la surdité, surtout à gauche.

10 mai. 450 grammes d'urine.

11 mai. 350 grammes d'urine à odeur ammoniacale.

13 mai. 420 grammes d'urine à odeur ammoniacale. Sang et albumine.

14 mai. 400 grammes d'urine.

15 mai. Il y a à peine 200 grammes d'urine. Le soir, nous constatons chez notre malade une fièvre vive. La figure est rosée et animée.

16 mai. Ce matin, il y a encore de la fièvre. La face est tuméfiée. Au niveau du nez, la peau est tendue, luisante et douloureuse à la pression. Sur les parties voisines, on limite avec le doigt un bourrelet d'induration. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et douloureux. Il y a de la gêne dans la déglutition. Nous constatons donc tous les signes de l'érysipèle, moins la rougeur. 123 grammes d'urine.

17 mai. Le malade est très-oppressé et fatigué. Le pouls est petit, un peu inégal. On constate de l'œdème sur le dos des mains.

Le malade n'a pas uriné depuis hier matin. La respiration a une odeur urineuse un peu ammoniacale. L'abdomen est douloureux surtout à la région vésicale. Temp. axill. : 36°7.

Pour exciter les sueurs, on fait une injection sous-cutanée de 2 centigrammes de pylocarpine. Immédiatement après cette injection, le malade est pris d'un délire bruyant. La transpiration ne se produit pas.

La mort arrive à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on constate dans les deux plèvres une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent.

Du côté gauche, un court pédicule, formé par des adhérences, unit le poumon vers sa partie moyenne aux parois du thorax.

Du côté droit, il y aussi quelques petites adhérences.

Les poumons sont sains, mais très-anémiés. Dans le poumon gauche, au niveau des adhérences signalées ci-dessus, on trouve deux infarctus de couleur blanc grisâtre, l'un dur, l'autre en voie de ramollissement.

A l'ouverture du péricarde, il s'en écoule une certaine quantité d'un liquide citrin et transparent. Le cœur présente un volume à peu près normal. On ne trouve rien de particulier au niveau de l'orifice aortique et de l'orifice mitral. Les parois du ventricule gauche présentent un certain degré d'hypertrophie. Les deux cavités de ce côté sont absolument exsangues.

Au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, nous trouvons une série de végétations dont les caractères sont les suivants :

Leur couleur est d'un blanc grisâtre ; la surface est granuleuse, et la consistance assez

---

par un petit lac couvert, en été, de belles fleurs du *nelumbo nucifera*, et dans lequel les professeurs peuvent voir, de leurs fenêtres, les bandes de sarcelles, d'oies, de canards et de cormorans, prendre leurs ébats.

Les maisons d'habitation des professeurs, situées en face et à deux pas de l'École et de l'hôpital, sont confortablement bâties et meublées à la mode européenne, et entourées chacune d'un petit jardin de fleurs ; il y a une maison pour chaque professeur. Quant au logement des élèves, également à proximité, il se compose de corps de logis à deux étages, disposés à la mode japonaise, et sert en quelque sorte de caserne, sous la surveillance de fonctionnaires japonais.

Pour donner une idée de l'installation et du fonctionnement de l'hôpital et de l'Ecole, il me suffira de faire une courte narration de la dernière visite que je fis à cet établissement, dont le professeur de clinique chirurgicale, le docteur Schultz, me fit fort gracieusement les honneurs, au mois de janvier dernier. Je me présentai à neuf heures du matin, au moment où ce professeur allait commencer ses leçons, et je le trouvai dans son cabinet particulier, occupé à examiner, à l'aide du microscope, du polariscope et des réactifs, les urines d'un malade qui devait être un des sujets des leçons qui allaient commencer.

Nous passâmes aussitôt dans l'amphithéâtre de clinique ; belle salle bien éclairée, pouvant contenir plus de cent élèves, mais où je n'en comptai que vingt-quatre en tout. La leçon dura une heure et porta sur une question de pathologie générale, l'exposé théorique de la suppuration ; cette leçon fut faite en langue allemande, ce qui est digne de remarque, et que je voyais pour la première fois. Il faut savoir en effet que, en général, dans les divers établissements d'instruction, les leçons sont faites en français, anglais ou allemand, suivant la nationalité du professeur, et traduites à peu près phrase par phrase en japonais. Moi-même je n'ai

ferme; il y en a quatre. La première, grosse comme une petite noix, est située dans la cavité de l'artère pulmonaire, immédiatement au-dessus des valvules sigmoïdes; elle est si peu adhérente, qu'à la moindre traction elle se détache; sa surface d'implantation est érodée. La paroi de l'artère pulmonaire, à ce niveau, paraît altérée dans toute son épaisseur. A la coupe, on constate que cette végétation est ramollie à son centre.

Sur chacune des valvules de l'artère pulmonaire nous trouvons une végétation; leur volume varie de celui d'un haricot à celui d'une olive; elles sont très-adhérentes et situées sur le bord libre des valvules.

La cavité ventriculaire droite semble dilatée outre mesure. Pas de sang dans les cavités de ce côté.

Les deux reins sont volumineux, d'une coloration blanc rosé et d'une consistance molle. La capsule se détache très-facilement. A la coupe, on trouve la substance corticale anémiée, d'une coloration jaunâtre et hypertrophiée. A sa surface, on aperçoit une quantité de petites saillies formées sur les glomérules de Malpighi. Les pyramides de Malpighi paraissent saines.

Le foie est volumineux et gras.

La rate est volumineuse et diffluente.

Les ganglions mésentériques sont pâles, mais légèrement augmentés de volume. On ne trouve pas d'ulcérations à la surface du tube digestif.

Le cerveau n'a pu être examiné.

Cette observation doit être étudiée et examinée, surtout au point de vue des troubles qui se sont produits dans les fonctions rénales et de ceux dont le cœur a été le siége.

Du côté des reins, la marche et l'enchaînement des symptômes paraît régulier; ce garçon, sous l'influence d'un refroidissement, et prédisposé qu'il était par ses excès alcooliques, éprouve, il y a huit mois, les premiers symptômes d'une néphrite albumineuse, et lors de son entrée dans notre service, nous constatons, outre l'œdème de la face et des membres, la présence d'une quantité très-abondante d'albumine dans les urines, qui offrent aussi une certaine quantité de sang; puis les urines deviennent rares, des vomissements se produisent, la température s'abaisse et le malade succombe aux symptômes habituels de l'urémie. A l'autopsie, nous constatons une dégénérescence granulo-graisseuse des deux reins (gros reins blancs); ici donc la concordance était complète entre les troubles constatés pendant la vie et les lésions nécroscopiques.

Du côté du cœur, l'interprétation des symptômes et leur origine présentaient de grandes difficultés. La région cardiaque était, chez notre malade, le sujet de batte-

---

eu d'autre ressource que celle d'un interprète japonais, et j'ai pu apprendre par ma propre expérience combien ce système est défectueux; en effet, il y a fort peu de Japonais bons interprètes pour les choses ordinaires; mais aucun n'est encore capable d'interpréter convenablement les sciences spéciales. Aussi lorsqu'un Japonais est chargé de traduire des leçons de mathématiques, de sciences physiques, de droit, de médecine, etc., toutes choses dont il n'a aucune idée, les phrases et les mots qu'il entend sont pour lui vides de sens. Il traduit cependant, parce que c'est son devoir et qu'il n'a pas d'autre métier pour gagner sa vie; mais Dieu sait quelles énormités il débite à l'auditoire au nom du professeur. Comme, d'autre part, il est impossible aux professeurs européens de se rendre assez maîtres de la langue du pays pour faire leurs leçons en japonais, les élèves n'ont d'autre véritable ressource que de se mettre bien au courant des langues étrangères. Aussi le gouvernement a-t-il multiplié les Écoles pour ces langues; mais leur création est encore trop récente pour qu'elles aient pu produire les résultats désirés.

La leçon de pathologie générale, à laquelle n'avaient assisté que les élèves de troisième année, fut suivie de la leçon de clinique chirurgicale pour les élèves de la quatrième année. Divers malades furent successivement apportés sur la table de l'amphithéâtre, parmi lesquels je remarquai un homme d'une trentaine d'années, atteint de gangrène sèche spontanée de tous les orteils des deux pieds. Cette affection est ici assez commune chez des sujets jeunes. Chacun des élèves était appelé à son tour à examiner le malade, et devait porter un diagnostc motivé.

Les leçons étant terminées, vint le moment de la visite des malades dans les salles de l'hôpital, dont je vais d'abord donner une idée sommaire.

L'hôpital est construit d'après le principe des pavillons séparés, et se compose de deux

ments énergiques. Le cœur paraissait légèrement augmenté de volume, et l'auscultation permettait d'entendre à la base du cœur, dans le troisième espace intercostal, au bord droit du sternum, un double bruit de souffle, analogue au bruit de diable et se produisant au premier et au deuxième temps; d'ailleurs ce bruit de souffle ne se prolongeait pas le long de l'aorte, et le pouls ne présentait aucune modification. En présence de ces symptômes, notre première pensée fut qu'il s'agissait d'une lésion aortique (rétrécissement et insuffisance), mais l'absence de modification du pouls, l'absence aussi de la prolongation des bruits le long de l'aorte nous fit rejeter cette hypothèse; et nous pensâmes qu'il s'agissait ici de souffle anémique; le siége où nous les percevions se rapprochait, en effet, de celui que Parrot a fixé aux bruits anémiques. La pâleur chlorotique de notre malade, les symptômes généraux qu'il présentait, tout nous portait à admettre ce diagnostic, et pour expliquer l'énergie des battements et l'hypertrophie du cœur, nous faisons intervenir la maladie de Bright.

L'autopsie, en nous révélant les désordres dont l'artère pulmonaire était le siége, nous montrait en même temps l'erreur que nous avions commise et les causes mêmes de cette erreur. Les végétations si abondantes qui recouvraient les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, déterminaient une insuffisance et un rétrécissement de ces valvules, et le double souffle que nous percevions, au point où tous les auteurs qui ont étudié ces lésions ont placé le siége de ces bruits, c'est-à-dire dans le troisième espace intercostal, au bord droit du sternum, avait pour point de départ l'insuffisance et le rétrécissement de l'artère pulmonaire; ce siége expliquait aussi l'intégrité du pouls et la non-prolongation des bruits du côté de l'aorte.

L'examen de la poitrine ne nous avait rien révélé; à l'autopsie nous n'avons constaté aucune altération ni tuberculeuse ni congestive; seulement, en un point existait deux infarctus récents, dus à des embolies dont l'endocardite végétante était le point de départ.

Existe-il un lien entre la double néphrite et l'endocardite végétante? Nous ne pouvons répondre à cette question d'une manière satisfaisante; notons cependant qu'au point de vue de la cause de l'endocardite végétante, notre malade n'avait jamais eu ni fièvre intermittente, ni rhumatisme, ni syphilis.

Enfin, pour terminer, il nous parait nécessaire de relever une circonstance qui s'est produite dans les dernières périodes de la maladie. En présence des symptômes d'urémie, nous avions pensé pouvoir user favorablement du jaborandi, et nous avons

---

longs corps de bâtiments parallèles et reliés entre eux par trois galeries, dont une au milieu et une à chaque extrémité; une place est réservée pour la construction d'un troisième pavillon. Au milieu du premier corps de bâtiment, qui forme la façade, se trouve la grande porte d'entrée donnant accès sur une sorte de vestibule au large corridor; à gauche est une grande salle disposée à la mode japonaise, dont le plancher est couvert de nattes, et qui n'a pour tout mobilier que quelques bancs de bois. C'est là que les clients viennent se présenter à la consultation des médecins japonais attachés à l'établissement. Deux fois par semaine les professeurs allemands viennent recruter parmi ces consultants les sujets dont ils ont besoin pour leurs leçons de clinique, et que l'on fait entrer dans les salles sur leur indication. A côté de cette salle de consultations s'en trouve une autre qui sert à un cours spécial d'ophthalmologie, et dans laquelle se voient le matériel et les instruments nécessaires; communiquant avec cette pièce, se trouve un cabinet noir pour l'ophthalmoscopie.

A droite de la porte d'entrée sont les bureaux des employés japonais, et qui jouent à peu près le rôle de nos bureaux des entrées. Au delà de ces diverses pièces, à droite et à gauche sont les amphithéâtres de clinique, les cabinets des professeurs, et, enfin, les salles des malades, disposées symétriquement : à droite, celles de la chirurgie, et, à gauche, celles de la médecine. Quant au service de la pharmacie, il occupe un pavillon carré spécial, situé au milieu de la cour rectangulaire formée par les deux corps de bâtiments et les galeries; le deuxième de ceux-ci est semblable et parallèle au précédent, et ne contient que des chambres de malades. De longues galeries couvertes, en forme de *vérandah*, règnent tout le long de ces bâtiments et peuvent servir de promenoir aux malades.

Les salles de malades ne sont, à vrai dire, que des chambres bien aérées et bien éclairées, qui peuvent communiquer deux à deux au moyen d'une porte. Chaque chambre ne contient que

pratiqué une injection sous-cutanée de 0,02 centig. de nitrate de pilocarpine, mais cette injection, qui ne produisit ni sudation ni salivation, aggrava au lieu d'améliorer l'état de notre malade, qui succombait quelques heures plus tard.

Depuis quelque temps on a signalé (1) le danger que présente l'administration de certains médicaments chez les malades atteints d'altérations profondes des reins. Todd, Cornil, Roberts, Dickinson, Ferrand, ont déjà noté cette intolérance de certains brightiques. Bouchard a même posé cette loi, que les maladies des reins rendent toxiques les médicaments actifs administrés même à petites doses, et les faits observés depuis par Golay et Garcia, Keen (de Philadelphie), et par Cauvet dans sa thèse inaugurale, montrent la réalité de cette observation.

Nous croyons donc que, dans notre cas, la double altération rénale explique non-seulement l'insuccès de la pilocarpine, mais encore l'aggravation des symptômes qu'elle a déterminée. Aussi nous croyons désormais que, chez les malades atteints d'affections rénales très-avancées et généralisées, il faut être prudent dans l'administration par la voie hypodermique des sels de pilocarpine, et songer qu'au lieu d'amener la salivation et la sudation que ce médicament détermine habituellement, il produit, au contraire, les troubles graves du côté du cœur que MM. Hardy et Gallois ont observé chez les animaux, auxquels ils administraient cet alcaloïde à doses toxiques.

(1) Voir et comparer : Todd. *Clinical lecture on certain diseases of unnary organs* (Lond., 1857).—Cornil. *Mémoires sur les coïncidences du rhumatisme chronique* (*Gaz. méd.*, 1864, n°s 36, 38, 39). — Roberts. *Pratical treatise in unnary and renal diseases* (Lond., 1865).— Dickinson. *On the pathologic and Treatment of albuminurie* (1868). — Ferrand. *Des indications thérapeutiques fournies par les maladies organiques du cœur* (*Bulletin général de thérapeutique*, 1874). — Bouchard. *Sur certaines particularités que présente l'élimination des alcaloïdes dans les maladies des reins* (*Société de biologie*, 1876 ; *Gaz. médicale*, 1876). — Keen (*Philadelphia med. Times*, 6 janvier 1877, p. 145 ; *Bull. de thérap.*, t. XCII, p. 239). — Golay et Garcia (*Société anatomique*, 29 déc. 1876 ; *Progrès médical*, 7 avril 1877). — Cauvet. *Du danger des médicaments actifs dans le cas de lésions rénales* (Thèse de Paris, 1877).

---

huit lits, en deux rangées de chaque côté, laissant un passage au milieu et un entre les lits et les murs. Les lits sont en fer et pourvus, à la mode européenne, de paillasses, matelas, etc. A chacun est fixée une planchette sur laquelle est inscrit le diagnostic de la maladie, et, à l'aide d'un crochet, sont attachées des feuilles spéciales destinées à fournir des renseignements sur les lieux de naissance, âge, profession, etc., des malades. Une feuille particulière contient le tracé graphique des observations thermométriques prises sur chaque malade à diverses heures de la journée. Il y a enfin une chambre spéciale pour les affections des yeux et pour les maladies contagieuses.

La visite que je fis dans les salles, accompagné de M. le professeur Schultz qui m'en faisait les honneurs, ne fut pas aussi longue que je l'eusse désiré ; mais l'heure était fort avancée, et, d'autre part, il y avait eu ce jour-là moins de lits occupés qu'à l'ordinaire, parce que beaucoup de malades étaient allés dans leurs familles à l'occasion du premier de l'an, et qu'il n'était guère resté que ceux qui étaient absolument cloués sur leur lit de douleur. Je pus voir néanmoins nombre de cas intéressants, tels que : deux cas d'empyème, dont l'un était remarquable parce que, avant l'entrée à l'hôpital, le liquide pleurétique s'était fait jour au dehors, spontanément, par une fistule intercostale ; de sorte que le professeur n'avait eu qu'à agrandir cette fistule pour y placer un tube à drainage ; quant au second, l'opération avait été faite à la manière ordinaire, sauf qu'une portion de côte avait été réséquée pour faire plus de place au tube à drainage. Parmi les autres affections chirurgicales graves et dignes d'intérêt, je remarquai, en outre, une luxation des vertèbres dorsales, avec paraplégie complète, une tumeur maligne exophthalmique, une luxation ancienne coxo-fémorale, etc. Quant aux maladies des yeux, elles étaient nombreuses et variées ; car le Japon est un des pays où ces sortes d'affections sont le plus communes ; bon nombre sont d'origine syphilitique ; les autres sont dues à diverses causes, parmi lesquelles la continuité de l'irritation produite par la fumée dans es habitations peut entrer en première ligne.

(*A suivre.*)

Dr Vidal,
Médecin de l'arsenal impérial maritime de Yokoska (Japon).

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE, par A. Proust, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, secrétaire adjoint du Comité consultatif d'hygiène de France. Un vol. in-8°, avec 3 cartes coloriées. Paris, 1877 ; G. Masson, éditeur.

L'hygiène ne se transforme pas, ainsi que le disait naguère un critique distingué, à propos même de l'ouvrage de M. Proust : l'hygiène fait son évolution, évolution naturelle et nécessaire, émergeant sans cesse, comme elle l'a toujours fait, des sciences de son temps. Sans constituer elle-même une science à limites arrêtées, c'est, au contraire, un domaine sans bornes et plutôt — si l'on veut me passer cette comparaison — c'est une mer envahissante et mordant tous les jours un peu sur le rivage. L'hygiène est une résultante de toutes les sciences naturelles et de sociologie. De là la difficulté d'en donner une définition satisfaisante. La vieille et classique définition : L'hygiène est l'art de conserver la santé, ne peut être conservée, car, ainsi que M. Proust le fait observer avec beaucoup de raison, nous ne savons trop où finit la santé et où commence la maladie. La définition fameuse de Michel Lévy : L'hygiène est la clinique de l'homme sain, n'est qu'un pompeux non-sens, ou plutôt un contre-sens, car clinique est l'opposition de santé.

La publication qui a été faite ici de la *Préface* de cet ouvrage (voy. l'Union Médicale du 5 juillet 1877) a fait connaître au lecteur de quel point de vue élevé, scientifique et philosophique M. Proust envisage l'hygiène. C'est un magnifique ensemble de résultats et de conséquences où chaque science apporte son tribut, et dont la résultante ne peut plus être désignée par un mot bien connu de tout temps, et dont le but est visé par tous les auteurs anciens et modernes, la prophylaxie. Dans la mesure des connaissances de leur temps, pour les grands conducteurs d'hommes, Moïse, Lycurgue, Mahomet, la prophylaxie se transforme, mais en lois religieuses et civiles. Ils ne conseillaient pas l'hygiène, ils l'imposaient. Il serait injuste d'oublier les travaux de nos prédécesseurs, et, par exemple, il y aurait même aujourd'hui peu de chose à ajouter au programme célèbre de Hallé, qui faisait l'admiration d'un des esprits les plus encyclopédiques de la Faculté de Paris, M. Andral, et qu'il suivit, avec de légères additions, dans le cours d'hygiène professé par lui avant qu'il ne passât à la chaire de pathologie interne. Le professeur Royer-Collard lui rendit aussi un solennel hommage, et je ne doute pas qu'il n'inspire également une respectueuse estime à M. le professeur Bouchardat.

Si je ne craignais que l'expression trahit ma pensée, ou que ma pensée fût interprétée dans un sens défavorable, je dirais que l'ouvrage de M. Proust, malgré son étendue, n'est lui-même qu'un vaste programme. Et cela ne pouvait être autrement. Pour donner à tous les nombreux chapitres qui composent cet ouvrage les développements qu'il a donnés à quelques-uns, ce n'est pas un volume qu'aurait dû écrire M. Proust, c'est dix volumes au moins. En effet, d'après le plan qu'il s'est tracé, et d'après l'idée qu'il s'est faite de l'hygiène, M. Proust a dû nécessairement entrer plus ou moins dans le domaine des sciences qu'il a trouvées afférentes à l'hygiène, telles que l'anthropologie, la démographie, la physiologie, même la pathologie, la climatologie, sans compter la physique et la chimie, que M. Proust, bien entendu, ne pouvait pas négliger. Allant plus loin encore, il a emprunté quelques données à la géologie, car il sait, et il a eu soin de le rappeler, que de, par certaines théories, des endémies et des épidémies reconnaîtraient pour leur genèse la constitution géologique des terrains (goître et crétinisme, charbon, etc.).

Je n'analyserai pas ce volumineux ouvrage, qui dépasse huit cents pages. Je me bornerai à en signaler les parties les plus neuves, et qui sortent du cadre banal des livres d'hygiène. J'ajoute seulement, pour justifier mon opinion que la conception de cet ouvrage est due à une pensée élevée, et qu'en même temps cet ouvrage est un vaste programme, que M. Proust a divisé en quatorze parties dont voici les titres :

Anthropologie ; de l'homme considéré en général ; démographie ; de l'homme considéré comme individu ; de l'air ; des aliments et de l'alimentation ; de l'eau ; des vêtements ; des bains ; de la gymnastique ; habitations privées, édifices publics, hôpitaux et maternités ; hygiène des villes et des campagnes ; climatologie, distribution géographique des maladies, acclimatement ; maladies virulentes et miasmatiques ; étiologie et prophylaxie ; hygiène internationale.

Tout cela est découpé en nombreux chapitres, dans lesquels le sujet est envisagé sous toutes ses faces. Ainsi, et pour n'en citer qu'un exemple, la troisième partie, intitulée : *De l'homme considéré comme individu,* est divisée en neuf chapitres, dans lesquels l'auteur étudie l'homme selon les âges : l'hygiène de la première enfance, — la pathologie du nouveau-né et de l'enfant, — l'âge adulte, — la vieillesse. L'individu envisagé suivant le sexe. L'homme considéré

au point de vue des professions ; hygiène professionnelle et industrielle, et dans ce chapitre comme dans les suivants, sont passés en revue tous les accidents, toutes les maladies, tous les phénomènes morbides occasionnés par telles et telles professions, l'hygiène militaire et navale, celle des professions libérales, etc., etc. Rien n'a été oublié dans ces chapitres intéressants, pas même les difformités occasionnées par des attitudes vicieuses. On lira surtout avec profit le chapitre où l'auteur traite de l'influence de l'école sur la vue.

On voit par cet aperçu que si, sous d'autres termes et dénominations, M. Proust s'est souvenu du programme de Hallé, il y a introduit cependant des additions importantes, si importantes qu'on pourra lui demander peut-être si les parties qu'il a consacrées, par exemple, à l'anthropologie et à la démographie (mot nouveau introduit par M. Guillard, et qui veut dire la science du mouvement de la population), sont bien à leur place dans un traité d'hygiène. Quant à moi, je n'élève aucune objection contre ces additions. Je le répète, l'hygiène bien entendue me paraît être de sa nature très-envahissante, très-absorbante, usurpatrice même. Voici d'ailleurs en quels termes élevés et éloquents M. Proust justifie l'intervention de ces sciences dans l'hygiène :

« L'hygiène, dans la large et compréhensive acception du mot, comporte l'étude de toutes les conditions qui assurent la prospérité de l'individu et de l'espèce, qui les améliorent moralement et physiquement ; en un mot, qui favorisent et activent leur évolution. Ainsi comprise, cette étude ne saurait être renfermée, comme plusieurs auteurs le pensent, dans les bornes étroites de la prophylaxie des maladies. Conserver la santé de l'individu, prévenir la maladie, et retarder l'instant de la mort, n'est qu'une partie de la tâche que doit se proposer l'hygiéniste. Son but doit être plus élevé, et son programme doit se confondre avec celui qui résume toutes les aspirations de l'humanité, toutes ses tendances vers un perfectionnement continu et indéfini, et qui se formule par un seul mot : le Progrès.

« Telle est, à notre sens, la véritable portée de l'hygiène ; tout ce qui intéresse l'histoire de l'humanité est de son ressort; elle doit puiser ses renseignements non-seulement dans les connaissances des conditions physiques et physiologiques de l'existence ; l'attention de l'hygiéniste ne doit pas se borner à l'homme contemporain et au compatriote ; l'évolution de l'homme, dans la succession des temps et dans la variété des milieux et des climats, est un objet d'étude tout aussi instructif, et ce n'est que par l'étude des étapes successives parcourues par l'humanité, qu'il est possible de dégager quelques-unes des lois qui ont présidé à son évolution et qui contribueront à l'assurer dans l'avenir.

« D'où est venue l'humanité ? Comment se sont formées les diverses races qui la composent ? Comment se sont groupés les peuples actuels, et quelles sont les conditions qui expliquent la suprématie et la marche envahissante des uns, l'infériorité et le refoulement graduel des autres? Telles sont les graves questions qui se dressent au seuil de toute étude ayant l'homme pour objet. Problèmes redoutables entre tous, non-seulement par les obscurités inhérentes au sujet, mais surtout par les discussions de principe et les conflits ardents qu'ils soulèvent. »

Cependant M. Proust se tient prudemment à l'écart de ces conflits ardents. Il est difficile de pénétrer son opinion sur les doctrines monogénistes et polygénistes, sur l'immutabilité de l'espèce et sur le transformisme. « Ces spéculations, dit-il, si hardies et si ingénieuses qu'elles soient, n'ont rien à voir avec notre sujet, non plus que l'opinion qui veut faire descendre l'espèce humaine de quelque être inférieur. » Il faut approuver M. Proust de cette réserve, elle témoigne d'un esprit sage et contenu, ouvert sans doute à tout progrès, mais le voulant certain et démontré. Or, la solution des graves problèmes qu'il vient d'indiquer n'est rien moins encore que possible, et, en dehors de toute passion ou de tout intérêt philosophique ou religieux, on doit se dire qu'il n'y a pas plus de raison de croire que de douter.

Les parties de son livre que M. Proust a consacrées à l'anthropologie et à la démographie, sans contenir rien d'original et d'absolument nouveau, constituent un résumé très-bien fait et présentent très-fidèlement l'état de la science sur ces deux branches des connaissances humaines.

Dans les autres parties de cet ouvrage, nous entrons plus particulièrement dans ce qu'on peut appeler l'hygiène classique.

(*A suivre.*) A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1877. — Présidence de M. PANAS.

SOMMAIRE. — Traitement de l'ectropion par la blépharorrhaphie. — L'opération de la taille par le thermo-cautère. — Consultation pour un cas d'hydrocèle simple traitée par la ponction et l'injection iodée.

M. Verneuil met sous les yeux de ses collègues un dessin représentant l'état, avant l'opération, du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, et auquel il avait pratiqué l'opération de la blépharorrhaphie pour un ectropion des plus graves datant d'une vingtaine d'années, et survenu à la suite d'une brûlure faite à l'âge de 4 mois. La difformité, avant l'opération, était horrible à voir; de plus, il y avait, du côté de l'ectropion, une kératite chronique, avec albugo de toute la cornée, qui s'est notablement amendée depuis l'opération, de manière à permettre au malade un certain degré de vision distincte.

M. Desprès reconnaît que le résultat obtenu par M. Verneuil est vraiment remarquable, et que le procédé employé par ce chirurgien était le meilleur qui fût applicable dans ce cas particulier; mais il a remarqué que le malade, dans l'action de fermer l'œil, ne pouvait parvenir à mettre complétement en contact les bords libres des deux paupières; il craint que ce défaut n'aille en s'accentuant avec le temps, et que même il ne se produise un peu de renversement des bords palpébraux.

M. Verneuil reconnaît qu'en effet, dans l'occlusion des yeux, il existe chez son malade, du côté opéré, une petite lacune de 1 ou 2 millimètres entre les bords palpébraux; mais cette lacune est comblée par un pli de la conjonctivite, de sorte que, dans le clignement, l'œil est complétement balayé, ce qui est le point le plus important. M. Verneuil ne craint pas le renversement ultérieur des bords des paupières chez son malade; du reste, il aura soin de le présenter de nouveau à la Société de chirurgie dans deux ou trois mois, afin de montrer le résultat tel quel.

M. Le Dentu a eu deux fois l'occasion de pratiquer la blépharoplastie pour remédier à l'ectropion. Dans un cas, il a joint la blépharorrhaphie à la blépharoplastie; l'opération a parfaitement réussi, mais il ne croit pas que la suture des paupières ait eu la moindre part dans le succès, qui eût été tout aussi complet sans la réunion palpébrale. Dans le second cas, il avait dû pratiquer l'ablation totale de la paupière inférieure, envahie par un épithélioma; il ne lui a donc pas été possible de faire la blépharorrhaphie; il a restauré la paupière à l'aide d'un lambeau naso-génien, et le résultat a été aussi complet que dans le premier cas, où la suture palpébrale avait été pratiquée. M. Le Dentu en conclut qu'il ne faudrait pas prôner la blépharorrhaphie au détriment de la blépharoplastie, et que celle-ci peut parfaitement donner, sans le secours de la première, les meilleurs résultats. M. Le Dentu espère pouvoir mettre la main sur ses deux opérés et les présenter prochainement à la Société de chirurgie.

M. Desprès dit que les procédés de traitement de l'ectropion varient suivant les cas. D'ailleurs, il peut se faire, par exemple, dans certains cas de destruction des paupières par la pustule maligne, qu'il ne se forme pas d'ectropion à la suite, pourvu que le bord palpébral reste intact; l'ectropion n'est, le plus ordinairement, que la conséquence de la rétraction du tissu inodulaire à la suite des brûlures.

— M. Verneuil, à propos de la présentation faite, dans la dernière séance, d'un malade auquel M. Théophile Anger a pratiqué avec succès l'opération de la taille à l'aide du thermo-cautère, dit qu'il a eu deux fois l'occasion de pratiquer une opération semblable. C'est-à-dire que, comme M. Théophile Anger, il a fait avec le thermo-cautère, mais simplement, l'incision préliminaire. Cette restriction posée, M. Verneuil ne saurait trop se louer de l'emploi qu'il a fait du thermo-cautère dans les deux cas dont il s'agit. L'incision des tissus jusqu'au voisinage du cathéter n'a pas donné lieu à la moindre perte de sang. Il a opéré la division des tissus couche par couche, avec la même sécurité que s'il avait été à l'amphithéâtre. L'absence du sang lui permettait de voir jusqu'au fond de la plaie et de diriger ainsi son instrument dans la profondeur des tissus avec la plus grande précision, tandis que, avec le bistouri, la présence du sang gênant la vue du chirurgien, celui-ci est obligé de se guider, dans la manœuvre de l'instrument, non plus par la vue, mais par le doigt introduit an fond de la plaie.

M. Verneuil a été, en outre, frappé de la bénignité des plaies qui succèdent à l'emploi du thermo-cautère dans l'opération de la taille; elles sont exemptes d'infiltration urinaire. Par contre, il semble que, dans quelques cas, la cicatrisation définitive a été un peu lente à se produire.

M. Guyon fait remarquer que la sécurité que donne le thermo-cautère contre l'hémorrhagie,

dans l'opération de la taille, ne concerne que le temps préliminaire de l'opération; l'ignidiérèse laisse subsister toutes les chances d'hémorrhagie dépendant des déchirures faites aux tissus lors de l'extraction de calculs volumineux. Le seul bénéfice de l'emploi du thermo-cautère est donc de faciliter au chirurgien la recherche de l'urèthre membraneux. Il laisse subsister tous les dangers inhérents à l'opération de la taille elle-même, et particulièrement le danger le plus redoutable, l'hémorrhagie, qui accompagne l'extraction des calculs volumineux. Quant au contact de l'urine avec la plaie, M. Guyon ne s'en préoccupe guère, ayant reconnu depuis longtemps qu'il est habituellement sans inconvénient.

M. Théophile Anger croit que l'emploi du thermo-cautère a été d'un grand avantage chez son malade, qui était arrivé à un tel degré de marasme, qu'il n'avait presque plus une goutte de sang à perdre. En outre, la guérison a été extrêmement rapide et s'est effectuée sans complication; à peine y a-t-il eu une eschare superficielle des bords de la plaie. Dès le dixième jour, le malade entrait en convalescence; l'urine ne coulait plus par la plaie, et celle-ci était complétement cicatrisée au trentième jour.

Suivant M. Anger, le thermo-cautère met à l'abri de divers autres accidents qui suivent l'opération de la taille, en particulier de la stagnation de l'urine, à cause de la netteté de l'incision faite par le thermo-cautère, qui ne permet pas au liquide urinaire de séjourner dans les anfractuosités de la plaie.

— M. le docteur Chapplain (de Marseille), membre correspondant, demande l'avis de la Société de chirurgie pour le cas suivant : Il y a six mois environ, il a opéré une hydrocèle simple à l'aide de la ponction suivie d'une injection de solution iodée au tiers. Quelque temps après l'opération, il s'est produit une tuméfaction inflammatoire; la tumeur est revenue au volume qu'elle avait avant l'opération; de plus, elle a perdu sa transparence, soit parce que la tunique vaginale est devenue plus épaisse, soit parce qu'il s'est formé une hématocèle. M. Chapplain demande à ses collègues ce qu'ils lui conseilleraient de faire en pareil cas.

M. Lannelongue dit que, pour sa part, il conseille à M. Chapplain d'attendre; on voit souvent, en pareil cas, les malades guérir très-lentement; du reste, le défaut de transparence n'implique pas nécessairement l'existence d'un épanchement sanguin.

M. Tillaux partage l'avis de M. Lannelongue; suivant lui, M. Chapplain doit conseiller au malade de prendre patience pendant quatre ou cinq mois, époque où la résorption du liquide, produite probablement par un peu de vaginalité consécutive à l'opération, pourra s'être effectuée.

M. Sée a vu un malade qui avait été traité en Normandie par la ponction et l'injection iodée, éprouver des accidents analogues à ceux de l'opéré de M. Chapplain. Ce malade se présenta à la consultation de la Maison municipale de santé pour être opéré de nouveau. M. Sée lui donna le conseil d'attendre; mais le malade répondit qu'il ne le pouvait pas. M. Sée consentit alors à l'opérer. Il traversa la tumeur avec un drain, qui donna issue à un liquide fortement coloré en rouge et détermina une inflammation suppurative modérée, grâce à laquelle le malade guérit complétement sans nouvel accident. M. Sée conseille à M. Chapplain d'en faire autant.

Dr A. Tartivel,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

JOURNAL DES JOURNAUX

Abcès rétro-pharyngien chez un varioleux. — Il s'agit d'un enfant de 2 ans qui, dans la convalescence d'une varioloïde, a présenté des accidents sérieux du côté de la paroi postérieure du pharynx. Il existait, dans cette région, une tuméfaction notable qui s'était produite assez rapidement, et qui avait assez gêné la respiration pour produire du cornage. Le siége de la tumeur excluait l'idée d'une amygdalite suppurée; le parfait état de santé excluait aussi l'idée d'un mal de Pott. M. Jules Simon, pensant plutôt à l'existence d'un abcès aigu rétro-pharyngien, fit dans la tumeur une ponction, suivie de l'issue d'une certaine quantité de pus et d'un soulagement immédiat. Mais le pus s'est reproduit, et, à ce sujet, M. Jules Simou pense que le pronostic de cette affection est assez sérieux quand la suppuration ne se tarit pas immédiatement après la première ponction, et il conseille, dès lors, d'aller tous les jours à la recherche de l'abcès et de le vider par la pression. Autrement, on s'expose à voir l'ouverture se réunir et le pus s'accumuler, puis l'abcès se rompre brusquement en asphyxiant le malade, ou s'étendre ssus les replis aryténo-épiglottiques et amener un œdème de la glotte, ou, en décollant les muscles pharyngiens, s'ouvrir au dehors par des fusées plus ou moins nombreuses. L'enfant, sujet de cette observation, guérit complétement. (*Gazette obstétricale*, p. 220. — H. H.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ANGINE DIPHTHÉRIQUE. — H. ROGER ET PETER.

Le traitement de l'angine diphthérique doit être à la fois local et général.

Dans la forme bénigne, au début, un vomitif à l'ipéca : 0 gr. 20 à 0 gr. 80 d'ipéca pulvérisé dans 30 grammes de sirop du même nom, par cuillerées à café, de 5 en 5 minutes, jusqu'à effet vomitif. Irrigation, deux fois par jour, avec de l'eau de chaux, avec une solution de borax ou d'alun, et attouchements avec le suc de citron. — Dans les cas graves, répéter une ou deux fois le vomitif; faire 4 à 8 fois par jour des irrigations à l'eau de chaux saturée, et toucher la gorge avec la solution de soude caustique (soude caustique, 25 gr.; glycérine, 100 gr.), ou avec la solution de nitrate d'argent (nitrate d'argent cristallisé, 10 gr.; eau distillée, 30 gr.). Dans le premier cas, le malade doit se rincer la bouche avec de l'eau vinaigrée, et, dans le second cas, avec de l'eau salée. — Dans les cas légers comme dans les cas graves, toniques et aliments (bouillons, potages, jus de viande, hachis, bon laitage). Le docteur West recommande beaucoup, comme boisson, l'eau glacée et les morceaux de glace. — Pendant la convalescence, changement d'air, alimentation substantielle. Continuer les toniques, et surtout le vin de quinquina. Recourir à l'électrisation, s'il survient de la paralysie diphthérique. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 28 AOUT 1563.

Catherine de Médicis va dîner à Villy, soupe et couche le soir même à Falaise. On a publié l'état de maison qui l'accompagnait, ainsi que les dépenses qu'elle fit en cette occasion. J'y vois figurer :

25 s. à l'apoticquaire ;
40 s. au premier médecin ;
6 s. au chirurgien.

On y voit aussi :

33 douzaines de pains « pour la bouche et commun », 8 l. 7 s. 6 d. — A. CH.

COURRIER

Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Lemaistre (Justin), suppléant d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite École.

M. Mandon, professeur adjoint de thérapeutique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

M. Pillault, pharmacien de 1re classe, est chargé provisoirement et pendant une année, des fonctions de suppléant des chaires de chimie, pharmacie, matière médicale et histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

— Un laboratoire d'expertises chimiques, dont l'installation n'a pas coûté moins de huit mille francs, va être installé par la préfecture de police pour faire l'analyse des vins déclarés suspects par les dégustateurs.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants.—Pendant la semaine finissant le 23 août 1877, on a constaté 954 décès, savoir :

Variole, 2 décès ; — rougeole, 6 ; — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 38 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 20 ; — pneumonie, 46 ; — dysenterie, 0 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 30 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 42 ; — croup, 15 ; — affections puerpérales, 3 ; — affections aiguës, 292 ; — affections chroniques, 388 (dont 130 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 37 ; — causes accidentelles, 30.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est encore le salicylate de soude qui a fait les frais de la séance. M. le professeur G. Sée a continué et terminé sa conférence sur l'emploi de cet agent nouveau de la thérapeutique et sur les oppositions qu'il a rencontrées. Nous disons *conférence*, et non *discours*, car la communication du savant professeur tient plus du laisser-aller et de la familiarité de la conférence, que de la solennité du discours. D'ailleurs, M. Sée ne semble pas viser au renom d'orateur. Il parle simplement et aussi clairement qu'il le peut, négligeant, — peut-être un peu trop, — les artifices du langage et les ornements du discours.

Il est un médecin de province très-distingué, esprit original et chercheur, qui ne sera peut-être pas très-satisfait de la dernière communication académique de M. Sée : c'est M. le docteur Luton, de Reims. Cet honorable médecin, dans un article publié par un journal de médecine de Paris, a fait son procès au salicylate de soude et, chose plus grave, s'est montré très-incrédule à l'endroit de la chorée rhumatismale, l'un des meilleurs titres cliniques de M. Sée.

Évidemment, M. Sée ne pouvait laisser cette attaque sans réponse; aussi a-t-il énergiquement défendu sa chorée rhumatismale, et, quant à l'insuccès du salicylate de soude contre cette affection, il a fait voir que M. Luton n'enfonçait qu'une porte ouverte, car, dans son premier discours, M. Sée avait reconnu l'inefficacité du médicament dans cette affection. Quand il critique, M. Sée critique bien, et M. Luton ne sera pas content.

Après cette première exécution, M. Sée s'est livré à une véritable exhibition de preuves et de témoignages en faveur de l'emploi du salicylate de soude dans le rhumatisme chronique, dans la goutte aiguë et chronique, dans diverses névralgies, dans les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice et dans plusieurs autres maladies. On ne s'attendait guère à voir le salicylate en cette affaire, non plus que dans la goutte saturnine, dont il a cité un exemple remarquable, rapidement guéri par

---

FEUILLETON

VISITE A BORD DU *Frigorifique*.

Nous empruntons au dernier numéro des *Archives de médecine navale* l'article suivant, qui est tout d'actualité :

L'arrivée du *Frigorifique* à Dakar, pendant la relâche de la *Thémis*, m'a fourni l'occasion de visiter ce curieux bâtiment, où s'exécute un essai de conservation de la viande, qui contribuera, s'il réussit, à combler une lacune regrettable de l'hygiène alimentaire de notre pays. J'ai pensé que les lecteurs des *Archives* partageraient l'intérêt que cette visite m'a fait éprouver.

Le procédé consiste essentiellement, les cadavres des animaux étant préparés suivant les règles qu'une saine entente de l'hygiène a indiquées à l'art de la boucherie contemporaine, à les maintenir immergés dans un courant constant d'air sec et froid. Disons élémentairement, et sans entrer dans les détails de mécanisme qui ne sont pas indispensables, comment on a obtenu ce résultat; nous en examinerons ensuite les conséquences par rapport à la viande.

Une température initiale de — 10° est produite par la vaporisation d'éther méthylique dans les récipients clos parcourus par les innombrables spires d'un tube qui renferme une solution de chlorure de calcium. Cette solution a été choisie en raison de la propriété qu'elle possède de rester liquide jusqu'à une température très-basse. Elle cède donc le calorique nécessaire pour le changement d'état de l'éther, et descend à environ — 10°, température très-supérieure encore à son point de congélation. Arrivée à ce degré, elle est conduite dans la chambre dite *chambre de froid*, où sont alignés des cylindres ou *frigorifères*, dans lesquels le tube où elle circule se contourne, à l'infini, par la répétition d'une disposition qu'il affectait déjà précédemment, lors de son contact avec l'éther. L'objet est ici de refroidir l'air qui est amené, du

le médicament nouveau, et dans une affection oculaire, — la cataracte peut-être, — dissipée comme par enchantement par l'emploi du salicylate.

On se souvient que M. Gueneau de Mussy, rappelant la pratique de quelques célèbres médecins, tels que Sydenham, Chomel, Trousseau, qui ne voulaient pas qu'on touchât à la goutte, avait reproché à M. Sée de vouloir la guérir, et d'exposer ses malades à des rétrocessions et à des métastases on ne peut plus dangereuses.

M. Sée a justifié le salicylate de cette accusation. Il croit peu à ces pérégrinations métastatiques de la goutte, et il trouve au médicament, outre sa propriété analgésiante, une propriété fondante, évacuante, de la matière morbifique.

Nous croyons que c'est là la partie faible de cette communication ; les praticiens n'accepteront pas sans protestation cette négation de la métastase goutteuse.

La séance a été terminée par une communication intéressante faite par un médecin étranger, M. le docteur Fua (de Padoue), sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du maïs. A. L.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

VIII

Je pars de ce principe, que je trouve dans ma conscience, à savoir : que je dois *protection à la nourrice.*

Protection due à la nourrice par le médecin, voilà un premier point qui me paraît au-dessus de toute contestation possible.

Et, en effet, toute sensiblerie à part, n'est-ce pas une situation particulièrement

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 19, 31 mai, 26 juin et 7 août.

dehors, dans les cylindres par un jeu de ventilateurs puissants, et qui, au contact des tubes, descend à zéro et abandonne son humidité sous forme de neige : tout en est recouvert dans cette pièce, qui semble percée dans un palais de cristal, ou s'y trouvé plongé dans une température de — 2°. Ainsi desséché et refroidi, l'air des cylindres est chassé par les soufflets jusque sous le parquet de la *chambre de la viande*, lequel est percé de trous nombreux pour lui livrer passage. Dans ce dernier compartiment sont suspendus, en lignes régulières, les cadavres des animaux. L'œil se promène entre des avenues de bœufs et sous des voûtes de moutons dans la toilette de l'étal.

Le courant d'air, à 0°, monte verticalement, lèche uniformément les surfaces, et sort par le plafond, où il est repris par la ventilation.

Pour ramener l'éther de l'état de vapeur à l'état liquide, on le soumet à une pression de 6 à 8 atmosphères, et la projection d'eau de mer à la température extérieure contre les parois de la caisse suffit alors pour déterminer sa condensation. Il sert ainsi indéfiniment, et sans perte notable. L'action des ventilateurs, les mouvements de l'éther et de la solution saline dans les tubes sont provoqués et réglés par un volant et par des pompes qu'anime une machine à vapeur dont la marche ne s'arrête jamais. La chambre de froid et celle de la viande sont isolées complétement du reste du navire, et forment des milieux clos, grâce à un système de fermetures hermétiques. Pour y pénétrer ou pour passer de l'une à l'autre, il faut des manœuvres que J. Verne semble avoir pressenties quand il garde les hôtes du capitaine Nemo dans les sombres entrailles du *Nautilus.*

Mais que devient la viande maintenue dans les conditions que nous avons exposées? Elle durcit et se dessèche à la surface en consistance d'aponévrose, ou, pour mieux dire, de corne, et, sous ce glacis de 3 millimètres environ d'épaisseur, vous trouvez la chair vermeille et succulente, telle qu'elle se présente quelques heures après l'abattage : comme ténacité de la fibre, comme solidité et élasticité de la masse, pas de différence avec la viande fraîche. Enfin, il y a absence complète de toute odeur; et ce n'est pas tout : cette chair, que la vie a quittée depuis plusieurs mois, n'éprouve pas, quand on la sort du milieu artificiel qui l'a conservée, la décomposition rapide qui attend, par exemple, celle qui a séjourné dans un bloc de glace :

intéressante que celle de la nourrice dans les cas dont nous parlons; que la situation de cette femme éloignée de son pays et des siens, pauvre ou assez peu fortunée tout au moins pour avoir abandonné son enfant et vendu son lait, isolée, sans conseils, sans appui, et de plus exposée, par le fait d'un enfant étranger, à la contagion d'une maladie des plus graves, d'une maladie qui va compromettre son seul bien, sa santé, avec la santé de son mari et de ses enfants à venir ; d'une maladie considérée comme honteuse, qui la mettra à l'index dans son village; d'une maladie enfin, — cela s'est vu — qui peut la tuer?

Eh bien, je le dis avec conviction, et je suis sûr, Messieurs, de trouver un écho dans vos cœurs, oui, il y a là une situation à laquelle le médecin doit nécessairement s'intéresser, à laquelle il est impossible qu'il ne s'intéresse pas; d'autant que, dans la situation présente, il est le seul appui sur lequel cette femme ait à compter. Remarquez bien ceci, en effet : par la force même des choses, la nourrice est amenée à se fier au médecin, à s'en rapporter à lui pour tout ce qui concerne sa sécurité propre, et cela en raison de cette solidarité, de cette union intime qui relie la nourrice au nourrisson. Une maladie étant constatée sur l'enfant en présence de la nourrice, si le médecin reste muet devant cette nourrice, s'il ne l'avertit de rien, son silence équivaut pour elle à une patente nette délivrée à l'enfant. « Le médecin ne m'a rien dit, donc je n'ai rien à craindre de mon nourrisson », tel sera son raisonnement. Il est positif que toujours — à tort ou à raison, peu importe, — elle interprétera de cette façon le silence du médecin, en le considérant comme un gage de sécurité pour elle-même. Donc, si l'enfant a la vérole, elle prendra la vérole *en toute confiance*, assurée qu'elle se croit contre tout péril, après et de par l'examen du médecin.

Et une telle situation se présentant à lui, le médecin s'en désintéresserait! Et pouvant sauver cette femme, étant le *seul* qui puisse la sauver, il ne ferait rien pour elle? Allons donc! Ne discutons pas ce qui ne souffre pas l'ombre de discussion.

Donc, voilà un point acquis, le médecin doit protection à la nourrice.

Cette protection, maintenant, *comment l'exercera-t-il?*

Il l'exercera, naturellement, par tous les moyens dont il peut disposer pour

---

dépouillée de l'enduit protecteur que l'air froid lui a constitué, elle rentre dans les conditions normales de viande fraîche, et ne s'altère que dans les délais qui sont fixés à celle-ci par le climat et par la saison. Une épreuve décisive a finalement contrôlé ce que la vue et le toucher avaient permis de concevoir de présomptions favorables au procédé de conservation employé sur le *Frigorifique*. Le 9 juillet, jour de ma visite à bord, j'ai goûté cette étonnante conserve, le matin, sous forme de beefsteak, le soir, en potage et en bouilli, et je déclare que le tout était digne de figurer sur le même rang que les préparations semblables de la meilleure viande fraîche. Or, l'animal qui nous a fourni ce régal a été abattu le 25 avril, c'est-à-dire il y a plus de deux mois. Cette dernière expérience a eu lieu à bord de la *Thémis*; pour la faire, j'ai eu des collaborateurs, et je pourrais étayer mon opinion de leur adhésion unanime.

Nécessairement compliquée dans l'exécution, la méthode que nous venons d'exposer repose sur une conception très-juste et très-simple. Le courant d'air froid paralyse ou détruit les germes de décomposition : en modifiant la couche superficielle, il leur oppose d'ailleurs une barrière infranchissable, et celle-ci sauve, en outre, le reste de la viande de la dessiccation. Il importe que le courant ne descende pas au-dessous de zéro, pour que la viande ne subisse pas le déchet de la congélation. Or, le maintien de la température à un degré uniforme s'obtient très-facilement en graduant l'action des ventilateurs. La réalisation de ces quelques conditions assure parfaitement l'inaltérabilité des tissus animaux.

Je ne sais quelle est la valeur de l'essai du *Frigorifique*, considéré comme entreprise industrielle; mais, à d'autres points de vue, il est digne d'un vif intérêt. Si on y voit une expérience de physique, il est difficile d'en trouver de plus ingénieuse et de plus complétement probante; comme œuvre tendant à abaisser le prix de la viande dans un pays où sa consommation journalière moyenne atteint à peine le chiffre dérisoire de 60 grammes par habitant, nul médecin n'hésitera à la saluer de ses vœux philanthropiques.

A. Delpeuch, médecin principal.

A bord de la *Thémis*, rade de Dakar, 10 juillet 1877.

cela, par tous les moyens honnêtes et légaux. Il devra faire tout ce qui lui sera honnêtement, légalement possible de faire pour rendre cette protection active et efficace, *tout*, absolument tout.

Que si cependant, dans cet office tutélaire, il lui arrive de venir se heurter contre une impossibilité morale ou légale, alors nécessairement il devra s'arrêter. Il devra s'arrêter, parce qu'il ne saurait aller plus loin sans transgresser un devoir. En morale vulgaire, si, pour accomplir une bonne action, il faut débuter par une mauvaise, le bon sens commande de s'abstenir. Eh bien, c'est ici le cas. Le médecin doit protection à la nourrice, mais il ne peut évidemment exercer ce devoir protecteur que dans de certaines limites, qui sont celles de l'honnêteté et de la légalité; il ne saurait l'exercer au mépris d'autres devoirs non moins positifs et non moins respectables.

Tels sont les principes. Venons maintenant à l'application.

Souvenez-vous d'abord, Messieurs, combien, dans la première partie de cet exposé, nous nous sommes attachés à assurer la sauvegarde de la nourrice en interdisant d'une façon aussi absolue que possible la continuation de l'allaitement au sein, en interdisant cet allaitement alors même qu'il serait le mieux légitimé (s'il pouvait l'être jamais) par la situation de l'enfant, alors même qu'il est le plus énergiquement réclamé par les parents, voire alors qu'il est consenti par la nourrice, etc. Théoriquement, donc, nous avons posé les bases de la conduite à tenir pour conférer pleine et entière à la nourrice la protection que nous lui devons. Maintenant, en pratique, nous entendons bien que cette protection ne reste pas à l'état virtuel et platonique. Comment nous y prendre pour la rendre effective? C'est là ce qu'il nous faut étudier à présent.

Reprenons les choses où nous les avons laissées. Vous venez d'examiner l'enfant et la nourrice, et vous avez trouvé le premier affecté de syphilis, la seconde encore saine. Le moment critique se prépare, et la grande scène va se jouer dans une pièce voisine, où vous passez en tête à tête avec le père de famille. Là, c'est alors affaire à vous, médecin, d'exposer la situation catégoriquement, telle qu'elle se présente. D'abord, en ce qui concerne l'enfant, vous donnerez votre diagnostic, vous affirmerez la syphilis, puis vous proposerez un traitement, une hygiène, un mode d'alimentation. Secondement, en ce qui concerne la nourrice, vous poserez en principe, et en principe absolu, l'impossibilité pour elle de continuer l'allaitement, impossibilité basée : 1° sur les risques presque inévitables d'une dangereuse contagion; 2° sur les conséquences de cette contagion, conséquences rejaillissant sur le père de l'enfant, sur la mère, sur la famille entière, etc. En habile diplomate, vous aurez à faire valoir les dites conséquences : justes et bruyantes récriminations de la nourrice, demande d'indemnité, assignations, procès, scandales d'un tel procès, condamnation certaine et sévère, publicité humiliante, etc. N'omettez aucun de ces très-essentiels détails, je vous prie; et, tout en paraissant prendre les intérêts de votre client, je dirai même pour diriger au mieux les intérêts de votre client, ne négligez pas de lui jeter un peu d'effroi dans l'esprit. Un peu d'effroi ne nuira pas pour obtenir ce que vous désirez, ce qu'il est moral et utile que vous obteniez, à savoir, la cessation de l'allaitement et la sauvegarde de la nourrice.

Ce petit discours habilement tenu de la sorte, quel en sera le résultat?

Deux ordres de cas se présentent, et rien que deux, car tous les cas intermédiaires rentrent forcément dans telle ou telle des deux alternatives que voici :

I. Ou bien (et c'est là le cas infiniment le plus fréquent, j'ai hâte de le dire à l'honneur de l'humanité), ou bien vous êtes dans une honnête famille, vous avez affaire à un homme de cœur, qui, pour rien au monde, ne voudrait se rendre coupable d'une mauvaise action, et qui, à peine aurez-vous fermé la bouche, vous répondra ceci : « J'ai compris, docteur. C'est bien assez d'un malheur involontaire, sans le compliquer d'un autre volontairement. Je vous remercie de me signaler le danger, et ce danger, nous l'éviterons. Nous allons aussitôt congédier la nourrice... Seulement — ajoutera-t-il presque à coup sûr — seulement, je ne voudrais pas que la nourrice eût

connaissance du genre de maladie qu'a l'enfant; car elle bavarderait, et, pour ma famille, pour ma femme, pour le monde....., vous comprenez à votre tour, n'est-ce pas? Arrangez donc cela pour le mieux, car vous avez plus que moi l'habitude de ces tristes choses. »

Dans de telles conditions, le médecin est d'emblée, du premier coup, maître de la situation. Il fera, dès lors, ce qu'il voudra; et, ce qu'il veut, vous le savez bien. Bref, la cause de la nourrice est gagnée, et les choses vont se passer au mieux, de la façon suivante.

Revenant alors vers la nourrice, vous aurez à lui signifier la décision prise, et cela d'une façon générale, évasive, vous gardant, bien entendu, de tout commentaire. « Nourrice, lui direz-vous, nous venons de causer de votre nourrisson et de vous aussi. Vous ne pouvez plus nourrir cet enfant. Il est impossible — *impossible*, vous comprenez bien — que vous continuiez à lui donner le sein. Il faut qu'il soit sevré. Cette résolution est formelle, irrévocable. Dès ce moment donc, vous cessez d'être la nourrice de l'enfant. »

Surgit un orage bien naturel de plaintes, de récriminations, de pleurs, de la part de cette nourrice qui voit sa place perdue, ses intérêts compromis, etc. Mais je vous fais grâce de cela, Messieurs, car cela ne nous regarde plus. Ce qui reste à intervenir n'est plus que question pécuniaire, règlement d'indemnité; laissons, sur ce point, famille et nourrice s'arranger entre elles comme elles l'entendront. Pour nous, notre devoir est rempli, et bien rempli, comme nous le désirions. Car les liens qui unissaient la nourrice à l'enfant sont brisés, car la contagion n'est plus possible, car la nourrice est désormais sauvegardée.

Et notez bien encore ce point essentiel, Messieurs. En réglant notre conduite comme je viens de le dire, non-seulement nous avons conféré à la nourrice la protection que nous lui devons, mais, de plus, nous avons exercé cette protection *sans préjudice pour la famille de l'enfant* et *sans atteinte au secret médical*. Nous n'avons pas révélé à la nourrice la maladie de son nourrisson, non plus que les dangers spéciaux auxquels elle était exposée. Nous avons simplement fait cesser l'allaitement. Et, de la sorte, nous avons obéi à deux devoirs sans en léser aucun; de la sorte, nous avons protégé la nourrice sans dénoncer la vérole, comme le veut ou semble le vouloir la Cour de Dijon. *Protection sans délation*; voilà le système.

« Mais, me direz-vous peut-être, pour n'avoir pas prononcé le mot de syphilis, pour n'avoir pas révélé à cette nourrice que son nourrisson a la vérole, croyez-vous lui avoir donné le change? Croyez-vous ne lui avoir pas laissé comprendre ce que vous tenez à lui cacher? Le seul fait de la suppression brusque et non motivée de l'allaitement n'est-il pas significatif par lui-même? Votre réticence est en vérité bien transparente. »

A cela je vous répondrai, d'abord, que la vérole n'est pas la seule cause pour laquelle on sépare une nourrice d'un nourrisson. Journellement on fait de même pour telles ou telles autres raisons qui n'ont rien de commun avec la vérole. Il suffit, par exemple, que le lait d'une nourrice semble ne pas convenir à un enfant, pour que le médecin prescrive de congédier cette nourrice.

Puis, ajouterai-je, si la nourrice est conduite au soupçon, si elle devine la vérité, cela résulte de la force des choses. Est-ce que déjà, d'ailleurs, son attention ne devait pas être éveillée par la maladie de l'enfant, avant ma visite et la suspension de l'allaitement? En tout cas, elle ne sait rien de moi, elle n'a rien appris de mon fait, voilà l'important. Si elle bavarde, si elle va colporter le mot de syphilis et jeter la déconsidération sur la famille de mon client, du moins ne pourra-t-elle invoquer en rien mon témoignage, s'autoriser d'un seul mot sorti de ma bouche. Et c'est là ce que je dois à mon client.

En fin de compte, pouvais-je mieux faire? Y avait-il autre chose à faire? Est-il un moyen de rendre limpide et blanche comme neige une situation des plus troubles, des plus équivoques? Cette situation s'impose avec ses conséquences forcées. Dans la mesure du possible, j'ai essayé de sauver les apparences; j'ai fait pour le mieux,

voilà ce que je puis dire. Et si ce mieux n'est pas des plus satisfaisants, la faute, après tout, n'en revient pas à moi, mais à celui qui est le premier auteur d'un tel état de choses.

Au total donc, dans ce premier ordre de cas, nous avons abouti, comme je viens de vous le montrer, au résultat essentiel que nous poursuivions, à savoir la sauvegarde de la nourrice. Et cette sauvegarde, nous l'avons obtenue *sans recourir à une révélation*, laquelle, d'une part, eût constitué une atteinte au secret médical, laquelle, d'autre part, aurait eu l'inconvénient grave de mettre la considération d'une famille à la merci de la discrétion douteuse d'une nourrice.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

CLINIQUE MÉDICALE

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE; — CONCRÉTION POLYPIFORME VOLUMINEUSE, AVEC RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE AURICULO-VENTRICULAIRE GAUCHE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 8 juin 1877,

Par le docteur MILLARD, médecin de l'hôpital Beaujon.

Dans notre dernière séance, notre collègue, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, nous a montré un très-rare et très-curieux exemple de rétrécissement de l'artère pulmonaire compliqué de végétation polypiforme. Le lendemain même de cette présentation, une singulière coïncidence m'a fait rencontrer dans mon service de l'hôpital Beaujon un cas analogue d'endocardite végétante, avec polype volumineux et rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et bien que le siége soit ici beaucoup moins extraordinaire, la lésion est tellement semblable par son origine et son aspect, que j'ai cru intéressant de vous apporter cette observation, et de la rapprocher de celle de M. Beaumetz. Je l'ai rédigée d'après les notes recueillies par M. Tapret, mon excellent interne.

Elisa Forster, 30 ans, blanchisseuse, entrée le 1er mai 1877 au n° 16 de la salle Sainte-Monique, hôpital Beaujon, service du docteur Millard.

Depuis l'âge de 15 ans, elle avait de fortes et fréquentes palpitations qui l'obligeaient quelquefois de garder la chambre.

Jamais de rhumatisme articulaire ni fièvre éruptive, ni chorée. Il y a cinq ans, très-légère hémoptysie survenue le troisième mois d'une grossesse qui se termina bien; pas d'autre enfant plus tard.

A son entrée, elle était pâle, maigre, les yeux un peu saillants, se plaignait d'une toux et d'une dyspnée fatigantes, et avait la langue sale et la peau chaude. A l'examen de la poitrine, on constatait un certain degré d'emphysème, des râles ronflants et muqueux des grosses bronches, et des râles plus fins et plus humides aux deux bases. La matité cardiaque était très-augmentée en hauteur. Un bruit râpeux couvrait tout le premier temps du cœur, et nous parut avoir son maximum d'intensité à la base au niveau du cul-de-sac supérieur du péricarde. Comme il se propageait peu vers l'aorte, et à cause de son caractère râpeux et superficiel, nous avions de la tendance à l'attribuer à une péricardite ancienne. Au-dessous et en dehors du mamelon, on entendait un claquement sec des deux bruits du cœur, et parfois simulant tout à fait un bruit de clapet ou de soupape.

Le pouls était régulier et un peu bondissant. Le tracé sphygmographique, pris avec soin, ne fournissait aucun renseignement; 84 à 96 pulsations; la température oscillait entre 38°2 et 39°6. Rate et foie normaux. Le rein droit paraissait un peu mobile. Constipation. Anorexie. Urines rares et foncées, avec des traces d'albumine. Léger œdème périmalléolaire.

Le diagnostic fut : Affection organique du cœur; hypertrophie; endopéricardite ancienne; bronchite intercurrente et congestion pulmonaire. (Huile de ricin; julep diacode avec teinture de digitale et bromure de potassium.)

Pendant trois semaines, malgré l'application de vésicatoires répétés, de ventouses sèches et l'administration à l'intérieur des calmants et des antispasmodiques, la fièvre, la toux et la dyspnée persistent, sans modification bien appréciable de l'état du cœur et des poumons, et l'idée d'une affection cardio-pulmonaire aiguë entée sur des lésions anciennes nous semble de plus en plus probable.

Le 22 mai, la faiblesse est extrême; la dyspnée se convertit en véritable angoisse; pâleur jaunâtre des téguments; œdème de la face interne des cuisses. Du côté droit, au niveau de la pointe de l'omoplate, on entend un peu de souffle circonscrit par des râles fins, comme si un noyau d'hépatisation ou un infarctus s'était produit en ce point. A gauche, en avant et sous l'aisselle, on perçoit une grande quantité de râles fins et secs. Le pouls devient petit et irrégulier; le souffle extra-cardiaque est atténué; l'angoisse précordiale est permanente; subdélirium. Mort le 25 mai.

AUTOPSIE. — *Poumons* presque exsangues. Emphysème généralisé. Le lobe moyen du poumon droit est le siége d'un infarctus entouré d'œdème.

Le *cœur* présente des lésions remarquables : Le péricarde est légèrement chagriné et rugueux, et présente quelques dépôts fibrineux récents à l'origine des gros vaisseaux de la base du cœur. L'organe est volumineux et dilaté; la fibre cardiaque est jaunâtre et a l'aspect feuille morte. Les traces d'une endocardite ancienne et intense sont manifestes dans les deux cavités gauches. Dans l'oreillette de ce côté, dont les dimensions sont manifestement augmentées, l'endocarde est blanchâtre, comme nacré, et en même temps épaissi, dépoli et légèrement rugueux. L'orifice auriculo-ventriculaire apparaît comme oblitéré en grande partie par une concrétion polypiforme ayant la forme et le volume d'une petite amande à grand diamètre transversal. Cette concrétion, blanchâtre, à surface lisse ou très-légèrement mamelonnée, d'aspect assez dense, est sessile et adhère en un point de la face auriculaire de la valve mitrale gauche. L'orifice auriculo-ventriculaire sous-jacent est non-seulement oblitéré partiellement par cette concrétion, mais il est, en outre, très-rétréci, et admet à peine un porte-plume ordinaire. L'infundibulum formé par l'adhérence des valvules est très-court.

A droite, l'orifice auriculo-ventriculaire présente aussi quelque chose d'anormal; il est bordé par une collerette de petites végétations blanchâtres qui ne paraissent pas gêner le mécanisme de la valvule tricuspide, mais sont évidemment le résultat d'une endocardite végétante comme la grosse concrétion polypiforme de l'oreillette gauche.

Peu d'athérome aortique. Les viscères abdominaux sont anémiés. Le rein droit est très-mobile (mobilité acquise). Le cerveau est pâle et mou.

M. le docteur Laveran, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a bien voulu se charger de l'examen histologique, et nous a remis la note suivante :

« La masse principale de la tumeur est constituée par un tissu fibreux très-dense, composé de fibres très-fines et très-serrées entre lesquelles on distingue çà et là des noyaux analogues à ceux des cellules plates du tissu conjonctif; le tissu fibreux se continue sans ligne de démarcation tranchée avec le tissu de la valvule, qui a subi la même transformation fibreuse. La tumeur est recouverte par un revêtement de fibrine stratifiée ou non; ce revêtement présente une épaisseur de 2 à 3 millimètres au minimum, et il s'enfonce çà et là dans les anfractuosités de la tumeur proprement dite qui, débarrassée de la fibrine, aurait présenté probablement la forme en choufleur des végétations de l'endocarde.

En somme, l'examen histologique montre qu'il s'agit d'une végétation volumineuse et déjà ancienne, puisqu'elle avait subi la transformation fibreuse; les dépôts fibrineux formés autour de cette végétation ont contribué, daas une forte proportion, à accroître le volume de la tumeur. »

OPHTHALMOLOGIE

DES PHÉNOMÈNES HYDROSTATIQUES SOUS LE RAPPORT DE LA PRESSION ENDO-OCULAIRE.

La science médicale ayant l'homme pour objet et pour but de ses investigations, il en résulte que toutes les autres sciences sont plus ou moins ses tributaires, même si on se limite à l'examen d'une seule des branches dans lesquelles elle se divise, à l'étude d'une seule de ses spécialités; bien mieux, d'un seul de nos organes.

Si ceci est vrai, en thèse générale, c'est surtout le cas lorsqu'on parle de l'admirable appareil de la vision, où se reflètent tout à la fois le monde extérieur et le monde du moi. Aussi, dans les nombreuses et savantes recherches entreprises à notre époque, au sujet du mécanisme et des affections du globe oculaire, voyons-nous les ophthalmologues faire servir tour à tour à leurs minutieuses analyses l'optique, la dioptrique, la géométrie plane et solide, la statique et l'une des ramifications de celle-ci, l'hydrostatique.

Cette dernière a même donné lieu à des études dont l'intérêt n'est pas moindre, à de cer-

tains égards, que celui qu'on attache aux remarquables travaux qu'ont motivés les phénomènes optiques. La pression qu'exercent par leur tension les liquides contenus dans le globe oculaire, les lois auxquelles elle obéit, les résultats bienfaisants ou nuisibles qu'elle y produit, ont paru d'une si grande importance, que des spécialistes éminents, tels que Donders et Coccius, ont cru devoir inventer, pour apprécier les effets de cette pression, des instruments spéciaux, connus sous le nom d'ophthalmomètres.

Il n'y a pas lieu de s'étonner; car, ainsi que le fait remarquer le docteur Louis Girola, dans une dissertation très-soignée qu'a publiée la *Gazzetta delle Cliniche* de Turin, l'étude de la pression intra-oculaire embrasse un cercle très-vaste, au point de vue de la théorie comme au point de vue de la pratique. Il s'étend, en effet, des simples mouvements physiologiques dont elle est la cause, par exemple dans la systole cardiaque, le battement des paupières, jusqu'aux phénomènes de tension anormale qu'elle produit, par exemple encore dans le glaucome.

Nous nous proposons précisément de donner ici, en l'accompagnant de quelques réflexions, un aperçu du travail que nous venons de citer. M. Girola y expose, avec beaucoup de sagacité et de lucidité, les phénomènes généraux de la pression intra-oculaire, et les graves perturbations dont elle est la source dans de certains cas pathologiques. Sans doute, sur plusieurs points, l'auteur nous a paru trop enclin à généraliser les résultats des observations qui ont été faites jusqu'à ce jour; mais on ne peut nier que celles-ci ne présentent le plus souvent une valeur qui mérite qu'on s'y arrête, et on y trouvera bien certainement le point de départ de nouvelles découvertes, ainsi que des données utiles, dans la pratique, pour le soulagement et la guérison des affections d'un organe aussi essentiel.

M. Girola a divisé son travail en deux parties. La première contient des considérations générales sur la pression endo-oculaire; dans la seconde, on examine successivement les rapports de celle-ci : 1° avec la circulation; 2° avec les phénomènes dits d'accommodation; 3° avec l'appareil musculaire; 4° l'innervation; 5° l'état physique des tissus oculaires.

L'œil étant une cavité parfaitement close et pleine de liquides, en vertu des lois de la physique, leur pression augmente en raison de la compression du liquide et de toute diminution dans la capacité de la cavité oculaire.

Il y aura accroissement, soit par suite de pression quelconque extérieure, soit par suite de l'accumulation du liquide en plus grande quantité, comme dans le glaucome, l'irite séreuse. Cet accroissement peut être relatif à l'égard de tel ou tel point; c'est ce qui a lieu dans les ulcères de la cornée; aux endroits où la résistance diminue, la pression devient plus forte.

Il y aura diminution de pression intra-oculaire : 1° si la quantité de liquide décroît, comme dans la paracentèse de la cornée, dans les cas d'atrophie de l'œil; 2° si une pression extérieure vient à cesser, par exemple après l'enlèvement de bandages.

Si l'on réfléchit ensuite à l'état que présentent les liquides dans l'œil, l'on est bien vite amené à reconnaître qu'ils doivent exercer, par le fait d'être renfermés dans une cavité, une force excentrique sur les membranes qui les enveloppent. Or, cette pression, en vertu du principe établi par Pascal, aura lieu dans tous les sens et d'une manière égale. A l'état normal, l'œil n'a pas une forme parfaitement sphérique, mais quelque peu allongée dans la direction antéro-postérieure, par suite de la proéminence de la cornée; c'est, en réalité, un sphéroïde : néanmoins, dans les cas d'excessive tension endo-oculaire, l'œil deviendra tout à fait sphérique. En effet, comme le démontre la géométrie des corps solides, c'est à cette condition qu'une cavité doit de posséder, sous une même superficie, une plus grande capacité. On peut donc établir en principe que, lorsque les parois de la cavité oculaire sont également résistantes, l'œil acquiert une sphéricité parfaite. A l'appui de cette argumentation, l'auteur cite : 1° ce qui se passe dans les cas de glaucome, où le léger renflement qui existait, à l'état normal, au point de jonction de la cornée et de la sclérotique, et qui était reconnaissable au simple toucher, se trouve avoir disparu; 2° le fait qu'il aurait eu l'occasion de constater à plusieurs reprises, que des injections d'eau dans les yeux de décédés amènent l'organe à prendre une forme parfaitement sphérique.

Mais, comme on peut en faire la remarque en certaines circonstances pathologiques, la forme sphérique n'est pas la seule qui se produise dans les cas d'extrême tension. La raison en est que l'involucre n'est pas également résistant sur tous les points. Il est des parties qui se distendent, qui fléchissent, surtout lorsqu'il y a état morbide. C'est pour cela, dit M. Girola, que, dans les cas d'ulcères de la cornée, de ramollissement de celle-ci, la tension intra-oculaire augmente aux endroits atteints, avec développement d'ectasies, de chératocèles, de staphylomes, dont la marche est d'autant plus rapide que la résistance diminue de plus en plus.

L'auteur passe ici en revue les différentes enveloppes des liquides de l'œil; il examine le degré de résistance de chacune. La sclérotique, véritable squelette de l'œil, et dans laquelle vient s'enchâsser la cornée transparente, offre dans sa partie supérieure une épaisseur de 1 millim.; dans la partie antérieure, de 0 millim. 9; à son équateur, de 0 millim. 4. Formée d'un

tissu fibreux et souple, elle est douée de quelque élasticité et peut se distendre dans une certaine mesure, permettant ainsi à l'œil de contenir une quantité de liquide plus grande qu'à l'ordinaire, et empêchant, de la sorte, une plus forte compression des membranes internes. Eu égard à cette élasticité, cette membrane pourra donc revenir à son volume primitif; cela n'aura lieu toutefois que dans des bornes restreintes, et à la condition qu'elle n'ait pas subi une action trop prolongée; car il ne faut pas oublier qu'on se trouve ici en présence d'une élasticité imparfaite. Au pôle postérieur, la sclérotique donne passage au nerf optique; elle est percée, en cet endroit, par de nombreux pertuis que traversent les artères ciliaires; de là, même à l'état normal, une résistance moindre. A l'équateur, cette membrane est protégée par les muscles droits et obliques; néanmoins il s'y rencontre des espaces intermusculaires, mais résistants. La cornée elle-même est plus épaisse aux bords qu'au centre; mais, comme dans la partie haute elle est abritée par la paupière supérieure, elle cédera plus facilement, dans les cas morbides, au centre et vers les parties latérales, que dans le haut.

La choroïde qui adhère à la face interne de la sclérotique, la rétine qui tapisse la partie postérieure de la choroïde, cèdent aussi facilement. D'abord, la choroïde est une membrane vasculaire, puis, entre la rétine et la choroïde, les adhérences sont passablement faibles. Il n'y a que la couche pigmentaire placée entre la couche rayée et les cônes de la rétine que l'on puisse considérer comme appliquée à la choroïde sous la pression excentrique des liquides intra-oculaires. Si l'on prend, en effet, un œil et qu'on y pratique une ouverture, de manière à ce que l'humeur vitrée s'en échappe, en partie du moins, la rétine se détachera alors, se recoquevillera sur elle-même comme une fleur de *convolvulus*, tandis que la choroïde continuera à être adhérente à la sclérotique.

Donc, les liquides placés entre ces deux membranes peuvent très-facilement détacher la rétine et aller s'accumuler dans les parties les plus déclives, de sorte qu'en beaucoup de cas où la tension endo-oculaire diminue, la rétine, par le fait d'une moindre pression excentrique, devra perdre ses rapports avec la choroïde.

L'absence de protection, en ce qui concerne la partie postérieure du bulbe et le sommet de la cornée, est cause que la pression intra-oculaire se concentre surtout vers le milieu de la cornée et vers le pôle postérieur du bulbe oculaire, et cela davantage encore sous la contraction des muscles droits.

Après avoir constaté les différences de résistance des divers téguments de l'œil, l'auteur examine le degré respectif de pression des humeurs. La plus forte pression est due à l'humeur vitrée, dont la densité est de 12 mill. 5, tandis que celle de l'humeur aqueuse n'est que de 2 à 3 millim. Entre les deux liquides, il y a une séparation qui les empêche de communiquer entre eux, elle est formée par l'appareil même du cristallin. Cette lentille est une véritable cloison mobile suspendue tout autour de l'anneau de Zinn, les procès ciliaires qui sont en rapport avec sa face antérieure lui constituent une espèce de cercle qui l'environne de toutes parts; elle se trouve, avec l'iris, en état d'équilibre instable entre les pressions exercées par les humeurs aqueuse et vitrée. L'humeur vitrée exerce-t-elle la plus forte pression, le cristallin, en compagnie de l'iris, sont chassés en avant, et l'espace de la chambre antérieure en est rétréci; c'est ce qui arrive dans le glaucome, les cas de paracentèse, de perforation de la cornée, et c'est ce qui peut amener la procidence de l'iris? Si, au contraire, les humeurs s'amassent dans la chambre antérieure, par suite de la rupture d'équilibre entre la pression des deux humeurs, le cristallin recule comme dans l'irite séreuse.

Cette marche en avant ou en arrière du cristallin a été constatée par l'auteur même de l'étude dont nous rendons ici compte. Si, au moyen de la seringue de Pravaz, on injecte dans l'humeur vitrée, en opérant sur des cadavres, de l'eau, ou tout autre liquide, alors l'iris et le cristallin se portent en avant, et dans les cas où l'humeur aqueuse se trouve être en petite quantité, par suite de l'évaporation survenue, l'iris peut être projeté en avant au point de toucher presque la cornée. Si, au contraire, on injecte un liquide dans l'humeur acqueuse, l'iris est repoussé en arrière à la distance de plusieurs millimètres. Lors de ses écarts, l'iris prend la forme d'un entonnoir dont le bout est tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant la direction dans laquelle se produit l'écart. Pour des cas de tension extrême, le docteur Girola a même eu l'occasion de remarquer qu'il y avait rupture de l'anneau de Zinn avec luxation du cristallin. L'humeur aqueuse exercerait, en outre, une action mécanique sur l'iris lui-même. M. Girola en appelle, à ce sujet, au témoignage du docteur Reymond (*Revue sur l'atropine*). L'iris étant dilaté, à la suite de l'emploi de cette substance, si l'on vient à pratiquer la paracentèse oculaire, la pupille se restreint soudainement pour ne se dilater qu'après la reproduction de l'humeur aqueuse.

De ces divers faits, l'auteur est porté à conclure, d'accord avec le célèbre spécialiste, le professeur Mosso, que le mouvement de l'iris dépendrait tout au moins en partie de l'état vasculaire de cette membrane; que la contraction de ses vaisseaux serait constamment accom-

pagnée de mydriasie, et leur dilatation suivie de myosie; que, dans la paracentèse oculaire, la myosie aurait pour origine la diminution de la pression intra-oculaire; la pression péri-vasculaire venant à décroître, les vaisseaux serpentins de l'iris se dilatent, s'étendent, tandis que l'ouverture de la pupille se resserre.

Ayant ainsi examiné les altérations de formes que la pression endo-oculaire produit sur les diverses enveloppes de l'œil, les déplacements qu'elle occasionne, le rôle qu'elle joue en général dans les maladies de l'organe, l'auteur de cette étude analyse les rapports de cette pression avec la circulation endo-oculaire.

Pour que la circulation soit régulière, il faut qu'il existe un rapport proportionnel entre la pression endo-oculaire et la pression endo-vasculaire, et celle-ci, en raison de l'introduction du sang, devra être supérieure à la première. A conditions égales, plus est forte la tension artérielle, comparativement à la pression endo-oculaire, plus grand sera l'afflux du sang dans le globe de l'œil. C'est, en effet, ce qui a lieu à la suite d'un grand nombre d'opérations diverses, paracentèses, iridectomies, cataractes. L'on a même vu se produire de véritables hémorrhagies à l'intérieur de l'organe, surtout quand les parois vasculaires étaient altérées par une action morbide.

Par contre, plus grande sera la pression endo-oculaire, par rapport à la tension artérielle, plus le sang pénétrera avec difficulté dans les vaisseaux, ce qui peut donner naissance à des atrophies, comme dans beaucoup de choroïdites, de staphylomes postérieurs.

Ces changements ou variations de la pression intérieure ont été observés même à l'état normal. D'après M. Girola, dans la systole, le sang affluerait au globe oculaire avec augmentation de pression; dans l'inspiration, celle-ci diminuerait; d'autres phénomènes se produiraient encore: ainsi, dans l'état normal, les artères ne seraient pas douées de pulsations, et les veines le seraient.

Lorsqu'il y a accroissement de pression, par suite de maladie de l'organe ou par suite d'une compression artificielle, on a remarqué :

1° Que la circulation veineuse et la circulation artérielle deviennent plus laborieuses;

2° Que l'excès de pression aplatit les veines, interrompt le cours du sang avec congestion passagère, ou bien encore amène la suspension de la circulation, même artérielle, créant ainsi de graves obstacles à la circulation oculaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce demande à l'Académie de vouloir bien lui donner son avis sur l'organisation de l'allaitement artificiel, qui a été l'objet d'un vœu émis par le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 1er mars 1877. (Com. de l'hygiène de l'enfance.)

Le même ministre transmet le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de la Nièvre en 1876. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Félix Guyon, chirurgien de l'hôpital Necker, professeur à la Faculté de médecine de Paris, qui se porte candidat dans la section de pathologie chirurgicale.

—

M. Legouest présente : 1° Un mémoire manuscrit de M. le docteur Haller, intitulé : *De la fièvre typhoïde au camp de Châlons.* — Une observation d'extrophie de la vessie, recueillie par M. le docteur Alban, médecin aide-major au 91e de ligne.

—

La parole est à M. Germain Sée pour la continuation de sa communication relative au salicylate de soude.

Après avoir cherché à réfuter un article de la *Gazette des hôpitaux*, dans lequel l'auteur, M. Luton (de Reims), prône le cyanure de zinc et de potassium, au détriment du salicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme, M. Sée aborde la question de l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme chronique.

L'orateur dit que de nombreux faits ont été invoqués pour ou contre l'action favorable de la médication salicylée dans le rhumatisme articulaire chronique. Stricker et M. Jaccoud ont

publié des faits contre; M. Gueneau de Mussy a émis des doutes. Mais, suivant M. Sée, des observations nombreuses semblent faire ressortir la réalité de l'action favorable du salicylate de soude.

Il cite d'abord 4 observations de rhumatisme noueux recueillies à la Salpêtrière par M. Bouchard; 1 observation de M. Ricord; 2 de M. Luys; 1 d'un médecin de province; 2 observations de malades qui se sont traités eux-mêmes. Dans toutes ces observations, l'emploi du salicylate de soude a amené la cessation des douleurs, et même la diminution des tuméfactions articulaires.

Passant ensuite au traitement de la goutte aigüe et chronique, M. Sée dit qu'il a reçu, de la part de plusieurs confrères de Paris et de la province, des observations de malades guéris de cette affection par le salicylate de soude. MM. les docteurs Brongniart et Debout, médecins des Eaux de Contrexéville, ont adressé à M. Sée des malades, dont quelques-uns atteints de goutte héréditaire, qui ont été rapidement guéris par le nouveau médicament. Un médecin de Paris, M. le docteur Lepère, a également obtenu la guérison de trois malades. Suivant M. Sée, le salicylate de soude agit en vertu de trois propriétés : 1° il calme la douleur par sa vertu analgésiante; 2° il diminue ou dissipe les dépôts, les tophi articulaires, au moyen de son action résolutive; 3° il exerce enfin une action éliminatrice à l'aide de laquelle il expulse du sang, par la voie rénale, l'excès d'acide urique ou d'urates qui est la cause de la maladie goutteuse. Cette action éliminatrice, démontrée par les recherches et les expériences de plusieurs observateurs des plus compétents, doit, suivant M. Sée, rassurer les médecins qui, à l'exemple de M. Gueneau de Mussy et après Sydenham et Trousseau, hésitent à traiter et à guérir les manifestations articulaires de la goutte, dans la crainte de déterminer des rétrocessions ou des métastases goutteuses dans les organes internes.

M. Sée déclare que l'on a singulièrement exagéré les faits de métastase; suivant lui, la plupart des observations citées à l'appui de cette doctrine ne reposent que sur des interprétations erronées. Les prétendues métastases ou rétrocessions du côté du cœur, des poumons, du cerveau, etc., que l'on a vues, dit-on, survenir à la suite de la disparition brusque des manifestations articulaires, ne seraient, suivant lui, que des accidents produits par les lésions cardiaques, pulmonaires ou cérébrales, qui compliquent habituellement l'affection goutteuse. Les maladies du cœur et des gros vaisseaux, si fréquentes chez les goutteux, expliquent les cas de mort que l'on a attribués à tort, le plus souvent, à la rétrocession ou à la métastase.

Mais, pour que l'action du salicylate de soude soit efficace dans la goutte, et sans inconvénients sérieux pour les malades, il ne faut pas, à l'imitation des Allemands et des Anglais, donner des doses massives du médicament. M. Sée le prescrit habituellement sous forme de potion contenant 30 grammes de salicylate de soude dans 300 grammes d'eau, à prendre à la dose de trois cuillerées, au moment des repas. Trois cuillerées représentent environ 5 grammes 1/2 de salicylate de soude. En le prenant au moment des repas, on empêche l'action irritante du médicament sur les voies digestives.

M. Sée rejette les préparations qui offrent le médicament sous forme de capsules, de dragées, de pilules, de cacnets; il leur reproche d'être irritantes pour la gorge, l'œsophage ou l'estomac. Il veut que le médicament soit étendu dans une assez grande proportion de liquide, et surtout qu'il soit très-pur et parfaitement exempt d'acide phénique, condition qui n'est pas, dit-il, très-facile à réaliser. . . . .

Lorsque des accès aigus viennent se greffer sur la goutte chronique, M. Sée conseille de donner le salicylate de soude à la dose de 8 ou 10 grammes, comme dans le rhumatisme articulaire aigu; puis, une fois les accidents aigus dissipés, de revenir au plus tôt à des doses moindres, 6, 5 ou 4 grammes, que l'on peut alors continuer, sans inconvénient, pendant quatre, cinq ou six mois. Un long traitement est nécessaire; car, si l'on vient à interrompre le médicament pendant quatre ou cinq jours, de nouveaux accès se produisent.

La goutte aiguë se traite, comme les accès aigus de la goutte chronique, de la manière qui vient d'être dite.

M. Sée cite un cas extraordinaire de goutte saturnine durant depuis six ans, et qui a guéri en trois semaines par le salicylate de soude.

Ce médicament aurait également, suivant lui, produit des effets très-favorables dans la gravelle, dans certaines névralgies faciales, dans la céphalée, dans la névralgie sciatique rebelle, dans un cas de névralgie vulvaire extrêmement violente; plusieurs de ces faits ont été observés par MM. Cusco, Luys, Lacassagne, Jullien (de Lyon).

Le salicylate de soude a réussi plusieurs fois, notamment entre les mains de M. Luys, à diminuer proptement et même à faire cesser complétement les atroces douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice. Mais le médicament a l'inconvénient de déterminer, chez les ataxiques, une profonde dépression des forces, ce qui oblige à en diminuer rapidement la dose, dès que les douleurs sont calmées.

M. Sée termine par la relation d'un fait extraordinaire de guérison d'un individu devenu aveugle à la suite de la goutte et qui a recouvré la vue, en même temps que le mouvement, grâce au salicylate de soude.

—

M. le docteur FUA (de Padoue) lit un travail intitulé : *Note additionnelle au mémoire sur les propriétés hygiéniques et thérapeutiques du maïs.*

Dans ce travail, M. Fua insiste surtout sur la distinction à établir entre deux genres de maladies parasitaires du maïs, celle que l'on nomme le *charbon* et celle que l'on nomme le *verdet*; ces dernières seules (car elles sont multiples) pourraient nuire à la santé de l'homme.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

JOURNAL DES JOURNAUX

Sur la glycosurie temporaire dans l'état puerpéral, par M. GUBLER. — Voici les conclusions de ce mémoire :

1° La glycosurie n'est pas un phénomène normal de l'état de lactation;

2° Elle se montre à l'occasion de la suspension ou de la suppression prématurée de l'allaitement, à la condition que la nourrice soit bien portante, ou que, du moins, les grandes fonctions n'aient subi aucune atteinte sérieuse;

3° En d'autres termes, la glycosurie n'apparaît que comme la conséquence d'une rupture d'équilibre entre la production et la consommation, donnant lieu d'abord à une lactosémie, comparable à la superalbuminose sanguine, d'où dérive l'albuminurie dyscrasique.

Mais on peut se demander pourquoi la suspension de la sécrétion du lait ne donne lieu qu'à l'élimination d'un seul de ses principes immédiats par les glandes rénales. Car M. Gubler n'a jamais vu d'albuminurie transitoire accompagner la glycosurie dans ces conditions pathologiques. C'est que le passage du sucre, corps cristalloïde et dialysable, est beaucoup plus facile que celui de l'albumine, corps colloïde, et qui ne traverse pas les dialyseurs. L'albuminurie suppose toujours au moins une hypérémie rénale qui confine au premier degré de l'inflammation, tandis que la glycosurie s'effectue sans modification anatomique du rein. Enfin, la résorption du lait ne ramène dans le sang qu'une petite proportion de matériaux albuminoïdes, tandis qu'elle réintroduit dans la circulation une grande quantité de sucre de lait. (*Gaz. méd. de Paris* et Société de biol., 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

MIXTURE CONTRE LA COQUELUCHE. — N. GUENEAU DE MUSSY.

Bromure de potassium.	2 à 3 grammes.
Musc.	0 gr. 20 centigr.
Sirop de codéine.	30 grammes.
Sirop de belladone.	30 —
Sirop d'éther.	15 —
Sirop de fleurs d'oranger.	45 —
Hydrolat de laurier-cerise.	6 —

F. s. a. une mixture, dont on prescrira trois cuillerées d'entremets (de 10 grammes) dans les vingt-quatre heures, aux enfants de 8 à 10 ans atteints de coqueluche. Une cuillerée le soir, une pendant la nuit, et une le matin. On retranchera le musc, s'il provoque du dégoût. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 30 AOUT 1853.

Mort, à Paris, de Jean-Baptiste-Toussaint Serrurier, natif d'Orléans (1776), un des collaborateurs du Dictionnaire des sciences méd. en 60 volumes. L'article *Pouls*, si remarquable, est de lui. — A. CH.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort, en Suède, du savant zoologiste suédois Frédéric Wahlgrend et du docteur Peter Bœck, professeur de physiologie à l'Université de Christiania

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital des Enfants-Malades

DU CROUP (1)

Conférences cliniques par M. le docteur ARCHAMBAULT.

Mon collègue et ami de Saint-Germain, chirurgien de cet hôpital, vous a décrit et met en pratique un procédé qui est plus simple et plus expéditif, sinon plus sûr, que tout ce qu'on a fait jusqu'à ce jour. Voici en quoi il consiste :

L'enfant étant maintenu par les aides, avec la tête bien renversée, l'opérateur marque avec l'ongle le bord inférieur du cartilage thyroïde, puis il saisit le larynx entre le pouce de la main gauche placé à droite et les deux premiers doigts placés à gauche de l'organe; il exerce une action du pouce et des doigts comme s'il voulait les faire se rejoindre derrière le larynx, ou plutôt, comme s'il voulait énucléer celui-ci en le chassant en avant. La pression doit être aussi égale que possible de chaque côté pour ne pas détruire les parallélismes. — Le larynx vient pour ainsi dire se coller contre la peau, laquelle est tendue, et forme un pli transversal qui se confond à peu près avec la marque faite par l'ongle un instant auparavant. Cette dépression correspond à la membrane cricothyroïdienne. — C'est dans ce point précis que doit être faite la ponction des tissus. — Pour cela on saisit un bistouri droit, comme une plume à écrire, de façon à ce que l'extrémité du doigt médius se trouve à 1 centimètre 1/4 de la pointe de l'instrument et détermine ainsi la profondeur que celle-ci ne devra pas dépasser. — On arriverait encore au même résultat en entourant la lame d'un morceau de diachylum qui limiterait son action. Mais il est bon d'observer, tout de suite, que la longueur de lame nécessaire pour pénétrer sûrement dans la trachée devra varier suivant l'âge et suivant l'état de maigreur du cou; et, comme il arrive de ne pas pénétrer du premier coup, il vaut mieux fixer sa limite avec le doigt. — Le bistouri étant donc tenu comme je viens de l'indiquer, on plonge toute la partie laissée libre à travers les tissus, juste dans le point déprimé qui correspond à la membrane cricothyroïdienne. — Au moment où l'on a traversé la paroi de la trachée, on sent une difficulté vaincue et on a conscience de la pénétration de la pointe dans la cavité des voies respiratoires. — On divise alors toute l'épaisseur des tissus, de haut en bas, en sciant et non par pression, sous peine

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19, 24 juillet, 2, 14 et 25 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

L'Association française pour l'avancement des sciences, réunie cette année au Havre, a été témoin d'un spectacle non prévu dans son programme, savoir : celui de la terrible tempête du 25 août. Cet incident a dérangé plusieurs projets nautiques; mais, enfin, satisfaction donnée à la peine occasionnée par les désastres, il y a eu une sorte de compensation pour nos Parisiens, qui ne voient pas tous les jours une tempête sur les côtes de la Manche, et quelle tempête! J'ai eu la mauvaise chance d'en voir une, il y a deux ans, et au Havre même. C'est beau, c'est très-beau, j'y consens; mais, en pensant aux malheurs, aux désastres, aux catastrophes que ces flots courroucés produisent inévitablement, je me demandais pourquoi le bon Dieu avait mis cet élément de destruction si près de l'homme, de ses besoins, de ses intérêts.... Abîme de réflexions!.... O science, que de mystères tu renfermes encore!

Ils ont bien du courage et aussi bien de la bonté, nos confrères de l'Académie, à qui le vide de la salle n'impose pas silence, et qui daignent nous distraire par leurs discours, nous, les tristes condamnés au séjour du département de la Seine. Jamais, de mémoire de journaliste, on n'a vu un si petit nombre d'académiciens à la salle des Saints-Pères. La désertion est générale. M. le professeur Sée, qui, deux séances de suite, vient au secours d'un ordre du jour étique, en est réduit cependant à combattre dans le vide, car tous ses contradicteurs sont absents; ils ignorent sans doute qu'ils sont tenus sur la sellette académique, et sans pouvoir se défendre. C'est ce qu'ils ne manqueront pas de faire à la rentrée. Ainsi, des discusions

d'avoir une plaie de la trachée plus étendue de beaucoup que celle de la peau qui, en raison de son élasticité, fuit devant le tranchant. Quand on a divisé le cartilage cricoïde et deux anneaux trachéens, ce qui répond, dit M. de Saint-Germain, à une plaie de la peau de 2 centimètres environ, on retire le bistouri de façon à prolonger un peu l'ouverture cutanée. L'air s'échappe par la plaie et indique bien que les voies respiratoires sont ouvertes; on ne laisse alors derrière le larynx que le médius de la main gauche, et on porte l'index dans la plaie pour guider le dilatateur. Celui-ci introduit, on laisse respirer le malade, et on n'a plus qu'à introduire la canule, ce qui n'offre rien de particulier. Tel est le procédé que son auteur considère comme le plus sûr, le plus facile et le moins dangereux. S'il en était ainsi, nous devrions tous l'adopter à l'exclusion du procédé classique qui serait mis de côté.

Ce procédé est très-sûr dans les mains de M. de Saint-Germain, soit! mais dans les vôtres, croyez-vous qu'il le sera plus que le procédé ancien ? En divisant les tissus couches par couches jusqu'à ce que vous soyez arrivés dans l'intérieur de la trachée, il me paraît difficile que vous ne parveniez pas à compléter l'opération que vous avez entreprise, puisque vous arrivez à voir la trachée ou, dans tous les cas, à la toucher du doigt, et qu'en somme, en vous tenant toujours bien exactement sur la ligne médiane et ne prolongeant pas vos incisions trop en bas, vous êtes toujours certains d'éviter les accidents ; vous avez quelquefois des hémorrhagies qui vous gênent, mais il est presque toujours possible de les étancher, et d'ailleurs, en terminant l'opération vous les voyez presque toujours s'arrêter ; si une thyroïdienne anomale existait et se trouvait divisée, vous pourriez, avec une plaie à découvert, en faire la ligature, ce qui serait impossible dans le procédé en un seul temps. D'ailleurs, dans le procédé classique vous pouvez le plus souvent éviter les vaisseaux superficiels, et vous n'avez d'écoulement de sang important que quand vous touchez le lobe moyen du corps thyroïde. Avec le procédé en un seul coup, votre bistouri divise aveuglément tout ce que rencontre le tranchant du bistouri. M. de Saint-Germain court moins de danger d'avoir une hémorrhagie veineuse, parce qu'il fait la laryngo-trachéotomie dans tous les cas, et qu'en suivant bien son précepte on ne touche pas, ou peu, les veines thyroïdiennes profondes ; mais, en revanche, on divise presque forcément l'artère cricothyroïdienne. Je crois donc qu'on a autant à redouter l'hémorrhagie avec un procédé qu'avec l'autre ; resterait à savoir quelles seraient les conséquences dans chaque cas. Il me semble, et la pratique paraît le démontrer, qu'avec la petite ouverture faite à la peau dans le procédé en un seul

---

que l'on pouvait croire éteintes seront révivifiées et prendront une activité nouvelle. Soit au bord de la mer, soit à nos bienfaisantes sources thermales, soit en respirant l'air pur et vif des montagnes, les athlètes vont nous revenir plus vigoureux que jamais. Je ne voudrais pas être dans la peau de leur adversaire.

La science! Ce mot que je viens d'écrire me rappelle une publication récente intitulée : *L'homme et sa science au temps présent* (1), par M. le docteur Woillez, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital de la Charité. Par le temps qui court, la publication de ce volume est un acte de courage. M. Woillez sait ce qui l'attend, et il ne craint pas de s'y exposer. Il est certainement déjà placé parmi les obscurantins, les rétrogrades, les cléricaux et, pour tout dire, les jésuites; car, vous le savez, l'intolérance a changé de côté, de droite elle a passé à gauche, et ce qui prouve que les idées nouvelles sont en majorité, c'est précisément leur intolérance. Toutes les opinions dominantes en science, en philosophie, en religion, sont intolérantes. Quand donc surgira-t-il une génération sage, calme et modérée qui comprendra que tous les principes religieux, philosophiques et politiques ont chacun leur contingent d'actions blâmables et à jamais haïssables; que, si les uns ont à rougir de la mort de Socrate, du crucifiement du Christ, des horreurs de l'Inquisition, de la Saint-Barthélemy et des dragonnades, les autres n'ont pas à se glorifier du supplice de Servet, de la guillotine de la Terreur, des noyades de Nantes, des fusillades de Lyon, de la mort des otages et des incendies de la Commune; quand donc naîtra-t-elle, cette génération de sages, qui dise à tous les fanatismes, blancs, noirs ou rouges : Assez, assez comme cela! vous êtes largement quittes;

(1) Un volume in-12. Paris, 1877; Plon, éditeur.

temps, lorsqu'il se produit une hémorrhagie, le sang doit avoir autant de facilité, sinon plus, à s'introduire dans la trachée qu'à s'écouler par l'ouverture cutanée qui est presque complétement remplie par la canule. Dans le procédé ordinaire, quand l'hémorrhagie continue après l'introduction de la canule, on peut soulever le pavillon de cette dernière et tamponner soit avec de l'amadou, soit avec de l'ouate, ce qui est impossible quand l'opération a été faite en un seul temps. Ceux qui pratiquent la trachéotomie par l'ancien procédé se préoccupent beaucoup de la mobilité de la trachée et craignent de la voir fuir devant la pointe du bistouri ; d'abord, quand la tête est bien étendue, cette mobilité est beaucoup moindre qu'on l'imagine ; pour arriver à l'obtenir on appuie fortement avec l'index de la main gauche et on obtient le résultat que l'on cherche à éviter, c'est-à-dire que, suivant le point où presse le doigt, on déplace l'organe soit à droite, soit à gauche, d'où l'ouverture de la trachée sur le côté, ce qui devient une cause de difficulté d'introduction de la canule. On a cherché à faire disparaître cette mobilité en faisant la trachée avec un ténaculum, ce qui est tout à fait superflu. La trachée n'a point besoin d'être fixée soit par un instrument, soit par le doigt indicateur. Celui-ci doit être appuyé simplement sur la trachée et de façon à indiquer au bistouri le point où il doit pénétrer ; cette ponction est facile et, à moins qu'on ne sache pas mesurer la force employée, il est absolument impossible que la pointe de l'instrument aille toucher la paroi postérieure des voies aériennes. Pourrait-on en dire autant du procédé en un seul temps? Trousseau conseillait, après la ponction faite, de terminer l'incision avec le bistouri boutonné. Je pense qu'il est préférable, sans retirer son bistouri, de faire une incision suffisante pour recevoir la canule. On peut ne pas trouver du premier coup l'ouverture de la trachée pour introduire le bistouri boutonné, et pendant le tâtonnement qui en résulte, il peut se produire de l'emphysème ; quelque soin qu'on mette à suivre la ligne médiane, l'incision faite par le bistouri boutonné peut n'être pas le prolongement exact de la première ouverture et donner lieu à un éperon qui plus tard gêne pour l'introduction de la canule.

Tout opérateur qui se proposera de pratiquer la trachéotomie en un seul temps devra craindre d'aller perforer la paroi postérieure de la trachée, et la chose est facile : la longueur de lame que vous plongez dans les tissus mesure presque la distance qui s'étend de la peau à la paroi postérieure de l'organe ; une action trop violente, seulement mal mesurée, peut, en déprimant les parties molles et sans que l'index ait quitté sa place sur la lame, faire dépasser le but et occasionner un acci-

---

vous ne vous devez plus rien ; l'histoire, le grand notaire, vous donne quittance ; vivez désormais en paix sur le terrain des concessions et de la tolérance, sans quoi, vous vous mangerez les uns les autres, et vous finirez comme finit le combat mémorable des deux rats si acharnés l'un contre l'autre, qu'on ne retrouva sur le champ de bataille que le bout des deux queues des combattants.

Pardon, Monsieur Woillez, mais je ne suis pas aussi éloigné de votre livre que j'en ai l'air, car votre livre est un livre de combat.... non, et pour être plus juste, je dois dire un livre de défense. Et qui pouvait mieux le caractériser que vous-même? Aussi je vous emprunte la page suivante de votre Introduction :

« La science moderne a servi à formuler certaines théories philosophiques dont l'influence funeste est impossible à méconnaître pour tout esprit non prévenu. J'ai cru qu'il était opportun de combattre ces doctrines, en montrant en quoi elles s'éloignent de la vérité. Et, pour ne pas être accusé d'y mettre de la passion, j'ai eu recours aux seules armes qui ont servi à les édifier : à la raison, et à la science mise à la portée de tout lecteur intelligent.

Telle est la tâche que je me suis imposée en publiant ce livre. J'en eus la première pensée à l'époque de nos récents désastres, et notamment pendant le règne sinistre de la Commune, caractérisé par un si lamentable abaissement des esprits.

Composé d'abord de notes éparses, sans destination arrêtée, ce travail fut ensuite coordonné et rédigé dans le silence d'une profonde douleur morale personnelle, qui attirait naturellement mes pensées sur les graves sujets qui s'y trouvent traités.

Les études scientifiques auxquelles je m'étais livré sans interruption, pendant une carrière déjà longue, ne m'ont pas semblé conduire aux impasses philosophiques vers lesquelles on se dirige ; et j'ai cru de mon devoir de chercher à le démontrer.

dent. M. de Saint-Germain ne m'en voudra pas de dire qu'il a ainsi pénétré dans l'œsophage à travers la paroi postérieure de la trachée, comme il en a lui-même informé la Société de chirurgie. D'un autre côté, si vous ne plongez pas la pointe de l'instrument assez profondément, vous ne divisez que les tissus placés en avant de la trachée qui doit être ouverte en un second temps, comme dans le procédé de M. Bourdillat. Ici le malheur n'est pas grand, et parfaitement réparable, mais à une condition, c'est que vous mainteniez toujours le larynx dans la position première que lui ont donnée les doigts de la main gauche; autrement, en laissant aller les parties il peut y avoir défaut de parallélisme, et vous auriez les plus grandes peines à retrouver la trachée. La manière en un seul temps est un procédé de maître. Plonger son bistouri dans les voies aériennes d'un seul coup, juste à la profondeur voulue, suppose une possession de soi-même, une sûreté de main qu'on ne peut demander à un débutant. Je vous confesserai sans honte que j'ai voulu pratiquer l'opération de cette façon, et que je n'ai pas osé; pourtant j'ai fait actuellement plus de trois cents fois la trachéotomie. Je crois qu'il restera entre quelques mains seulement, et que le procédé classique devra continuer à être enseigné. Ce n'est pas que je croie ce dernier parfait, tant s'en faut, et c'est même à cause de ses petites imperfections qu'on l'a modifié ainsi que je vais vous le dire. Une incision aussi étendue qu'on la faisait primitivement n'est pas nécessaire et peut avoir des inconvénients ultérieurs (2 centimètres 1/2 suffisent). Sans se presser, on peut agir un peu moins lentement que ne le conseillait Trousseau. Il est bon de chercher à éviter les gros vaisseaux superficiels qui se dirigent en général parallèlement de haut en bas, mais il faut diviser en un coup de bistouri tout le tissu cellulaire sous-cutané et arriver, en gardant bien la ligne médiane, jusque entre les muscles qui la limitent à droite et à gauche. On a généralement négligé l'usage des écarteurs pour tirer les parties latéralement en dehors; il est bon d'éponger pour se débarrasser du sang, mais non pas, comme le voulait Trousseau, après chaque coup de bistouri. L'importance attachée par lui à ce précepte tenait à ce qu'il suivait l'opération de l'œil, tandis qu'il est au moins aussi sûr de la suivre du doigt, qui peut parfaitement servir de guide. En deux ou trois coups de bistouri, on est sur l'aponévrose profonde qu'il faut diviser de haut en bas, sur la ligne médiane, et ne pas prendre pour la trachée. Aussitôt que cette aponévrose est divisée, le doigt tombe immédiatement sur le point médian de la trachée, si le sujet est placé bien droit et qu'on n'ait pas dévié à droite ou à gauche. Dans le cas contraire, on

---

N'ayant aucune de ces attaches intéressées qui trop souvent imposent malgré soi des réserves dans l'accomplissement du devoir, j'ai pu prendre la plume avec une entière liberté d'esprit et de cœur. Puisse mon œuvre avoir l'utilité que je désire! »

Et plus bas :

« La science et ses applications à l'industrie, à l'art et au bien-être matériel de l'homme, a été affirmée de nos jours comme notre unique sauvegarde. On l'a préconisée et même exaltée comme le premier des biens, devant satisfaire à tous les besoins de l'humanité, non-seulement au point de vue matériel, mais encore comme le seul moyen de solution de tous les problèmes sociaux, moraux et même religieux.

De là des erreurs sur lesquelles on a échafaudé des doctrines qui mettent en péril l'état social, et par suite l'avenir de notre malheureuse et chère France.

On préconise une philosophie exclusivement basée sur les phénomènes naturels du monde; on voit le tout de l'univers dans la matière; on affirme l'athéisme comme une vérité fondamentale; l'origine de l'homme sur la terre aurait été la conséquence d'un simple résultat naturel spontané; son âme serait la conséquence de l'action des forces physico-chimiques, et non son principe de vie; l'humanité, dominant le monde à la longueur du temps, aurait la puissance de détruire tous les maux qui l'affectent; enfin la science suffirait pour l'organisation la plus parfaite de l'état social; et la mort anéantirait l'homme tout entier comme être vivant, et le ferait rentrer dans le néant.

En faisant ce déplorable tableau des utopies fondées sur la science mal interprétée, nous venons d'énumérer les questions dont nous allons nous occuper successivement dans les différents chapitres de cet ouvrage, où nous considérons l'homme en présence de la science contemporaine. »

reconnaît parfaitement qu'on a incliné plus d'un côté que de l'autre, et on peut facilement corriger la différence. Le doigt placé sur la ligne médiane, au voisinage ou mieux sur le cartilage cricoïde, indique le point où il faut faire la ponction de la trachée, c'est-à-dire immédiatement à son origine, et il n'est point nécessaire de chercher à la fixer. Si la tête est bien renversée, la ponction se fera avec la plus grande sûreté, de même que l'incision des deux ou trois premiers anneaux. Avant d'en arriver à ce point où l'opération peut être considérée comme terminée, il peut s'être produit une hémorrhagie assez abondante; eh bien, il n'y a pas lieu de s'arrêter pour cela.

Les anciens faisaient des ligatures; Trousseau nous a appris qu'on pouvait à peu près toujours s'en passer, mais il conseillait d'éponger, d'attendre, d'aveugler les vaisseaux ouverts avec les doigts; la pratique actuelle consiste à ne tenir pour ainsi dire aucun compte de ces hémorrhagies et à continuer l'opération en se guidant avec l'index de la main gauche. Trousseau avait déjà conseillé de pratiquer vite l'ouverture de la trachée quand l'hémorrhagie devenait inquiétante; c'est, je pense, ce qu'il y a de mieux à faire dans tous les cas où se produit une perte de sang. C'est là, comme vous le voyez, l'ancien procédé avec quelques modifications sans importance qui le rendent moins long sans lui faire perdre de sa sûreté; car, si l'on voulait s'arrêter pour voir d'où vient une hémorrhagie, faire même une ligature, la chose serait facile; si l'on voulait même revenir à l'ancien procédé, on n'aurait qu'à agrandir la plaie cutanée, à placer des érignes pour écarter les parties et se guider par la vue; rien ne serait plus facile.

On a dit que les procédés rapides exposaient moins à la mort, pendant l'opération, que la manière de faire classique. Rien n'est moins démontré. Je n'ai pas souvenir d'avoir vu perdre un seul malade à Trousseau, qui opérait avec une lenteur peut-être calculée, pour bien montrer aux élèves qu'il est inutile de se presser, et j'ai vu Guersant, qui opérait rapidement, être moins heureux. Je n'ai jamais opéré autrement que couches par couches, plus ou moins vite, suivant les cas; et sur plus de 300 opérations je ne compte que 3 cas de mort au cours de l'opération, encore était-ce, dans trois cas, sur des enfants au-dessous de 2 ans et arrivés à la période anasthésique. Dans de telles conditions, les différents procédés exposeraient aussi bien les uns que les autres à la production de la mort séance tenante. Le désir d'aller vite, sans toutefois se proposer d'ouvrir la trachée du premier coup de bistouri, a déterminé M. le docteur Bourdillat, alors interne à l'hôpital Sainte-Eugénie, à faire

---

Peut-être aurais-je demandé à M. Woillez une prose un peu moins indignée, un peu plus modérée, mais les adversaires de ses idées ne se gênant guère dans leurs vitupérations, il convient de renvoyer les parties dos à dos, dépens compensés. C'est, en effet, qu'ils ont raison, les nihilistes, quand ils disent : Spiritualistes, vous ne pouvez rien démontrer. Et les spiritualistes n'ont pas tort quand ils répondent : Nihilistes, vous ne pouvez rien prouver.

Alors, pourquoi se battre?

D[r] SIMPLICE.

Éphémérides Médicales. — 1[er] SEPTEMBRE 1776.

—

De Lassone, Geoffroy, Lorry, Maloët, D'Arcet et Vicq-d'Azyr, lisent, à la Société de médecine, leur *Rapport sur les dangers des inhumations dans les Villes et dans les Églises.*

« Nous croyons, disent ces savants, qu'il est très-urgent et indispensable d'éloigner les sépultures de l'enceinte des villes, et surtout des grandes villes, telles que Paris. »

Le tableau qu'ils font de l'état du fameux cimetière des Saints-Innocents est épouvantable : « Une rigole qui reçoit toutes les immondices des habitants est creusée autour de ce cimetière. Comme il n'y a de latrines qu'au cinquième étage, il n'est pas étonnant que ces rigoles soient presque remplies tous les matins. Chaque jour on les vide, et on transporte ces immondices dans la rue voisine, d'où les charretiers les enlèvent. En les remuant plusieurs fois, on renouvelle plusieurs fois aussi l'infection qui en est une suite nécessaire. Elle est si grande, surtout après le dégel, qu'elle devient alors insupportable pour ceux mêmes qui y sont en quelque sorte accoutumés. L'acier, l'argenterie et le galon y perdent facilement leur brillant... Les débris des cercueils sont exposés à l'air par le fossoyeur, qui les destine à être brûlés pour son usage particulier.... » — A. CH.

l'opération en deux temps. Dans le premier, le bistouri doit diviser les tissus jusqu'à la trachée, et dans le second on ouvre les voies respiratoires. M. Bourdillat a calculé avec soin quelle était l'épaisseur des parties molles et indiqué d'après cela à quelle profondeur on devait pénétrer pour arriver jusqu'à la trachée ; mais il ressort de ses propres opérations que ce petit programme n'est pas tout ce qu'il y a de plus facile à réaliser, car je vois que, dans un bon nombre des cas, ce premier coup de bistouri a pénétré jusque dans la trachée.

Messieurs, je ne vois pas bien la nécessité qu'il y a d'aller si vite, ni les avantages qu'en peut retirer le malade; aussi vous engagerai-je à étudier théoriquement dans vos livres, et pratiquement à l'amphithéâtre, le procédé dit classique ; à y apporter, si vous le voulez, les modifications que je vous ai indiquées et à exécuter d'après ces données vos premières trachéotomies sur le vivant. Si plus tard ces procédés ne vous satisfont plus, l'habileté de main que vous aurez acquise vous rendra moins scabreux les procédés expéditifs.

Un de nos maîtres, M. le professeur Verneuil, a pratiqué un bon nombre de fois la trachéotomie avec le galvano-cautère d'abord, puis ensuite avec l'instrument de M. Paquelin, le thermo-cautère. C'est là plus qu'un nouveau procédé, c'est là une nouvelle méthode, et l'avenir dira si elle doit se substituer à l'ancienne manière de faire. Autorisés et encouragés par l'autorité de M. Verneuil, plusieurs chirurgiens de Paris et de province ont pratiqué la trachéotomie de cette façon, et une discussion sur cette question s'est engagée à la Société de chirurgie. Jusqu'à présent, les avis paraissent rester partagés. Voici ce que vous avez pu voir dans cet hôpital, soit dans le service du docteur Labric, soit dans le mien :

En faisant la section des tissus par le thermo-cautère, on peut arriver jusqu'à la trachée sans perdre une goutte de sang. Si c'était là l'unique but à atteindre, et s'il n'y avait pas d'inconvénients attachés à l'emploi du thermo-cautère, et inévitables, il aurait, *ipso facto*, détrôné le bistouri, ce qu'il devra certainement faire pour d'autres opérations. Nous avons pu noter que la plaie ainsi faite s'agrandissait d'une manière énorme par la chute des eschares; il en résulte une large ouverture béante qui peut, dans le cas de diphthérie, multiplier les surfaces d'implantation des fausses membranes très-disposées à se produire sur toutes les surfaces dépourvues d'épiderme; et qui fatigue beaucoup les enfants. Mais il peut n'y avoir là qu'une apparence, et si cette plaie étendue bourgeonnait bien, la cicatrice pourrait se faire avec rapidité. Un seul enfant a guéri, dans le service de M. Labric, et il s'est produit un fait de la plus haute importance : non-seulement le pouvoir rayonnant avait exercé son action sur les parties molles placées à droite et à gauche, mais il avait même désorganisé les cartilages trachéaux; il n'y avait pas division de la trachée, mais perte d'une partie de la paroi antérieure, et comme les cartilages ne se sont pas reproduits il en est résulté qu'après la guerison, il y avait une dépression des tissus cicatriciels à chaque inspiration. Pourtant, on avait eu bien soin de ne pas toucher la trachée qui avait été ouverte avec le bistouri. Cet enfant a été très-longtemps à guérir de sa plaie, alors qu'il n'était plus question du croup, et s'il doit en être toujours ainsi dans les cas heureux, les enfants auront à guérir d'abord de la diphthérie et ensuite de la plaie produite par l'opération. On a objecté, d'après une ou deux observations, à cette méthode d'exposer aux hémorrhagies secondaires; mais on ne voit pas bien pourquoi il en serait plutôt ainsi qu'avec le procédé ordinaire, si ce n'est parce que le dernier ouvre moins de vaisseaux. J'aime mieux me ranger à l'avis de M. Verneuil et attribuer les hémorrhagies secondaires observées, plutôt à l'influence de la dipthérie qu'au *modus faciendi*.

En nous bornant à ces considérations, et n'envisageant la trachéotomie, par le thermo-cautère, que chez l'enfant atteint du croup, tel que nous le voyons dans cet hôpital, nous devons convenir que les faits ne sont point favorables à la nouvelle méthode. Je le regrette, parce que la facilité qu'on a, par ce procédé, d'arriver sur la trachée, de la mettre à nu, sans perdre une goutte de sang, et par conséquent sans éprouver d'émotion, aurait rendu la trachéotomie praticable partout et par tous.

D'ailleurs le dernier mot n'est pas dit, et les succès obtenus chez l'adulte peuvent faire espérer.

Il me resterait, Messieurs, à vous entretenir des soins consécutifs, partie de la question des plus importantes, mais qui fera le sujet d'autres entretiens.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1877

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juillet 1877 (1),

Par M. Ernest Besnier.

VII. Affections puerpérales.

Note sur les maladies des femmes en couche et des nouveau-nés,

Par M. Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière.

1° *Maladies des femmes en couche.* — « Dans le premier semestre de cette année, 458 femmes sont venues faire leurs couches dans la salle Sainte-Anne, à l'hôpital Lariboisière. Sur ce nombre, 446 ont accouché naturellement, et dans 12 cas on dut intervenir, soit pour l'extraction du fœtus, ou pour la délivrance.

Les 458 accouchements ont déterminé 12 décès; mais je dois défalquer de ce dernier chiffre 3 cas, dans lesquels l'influence nosocomiale ne peut être invoquée. Ainsi :

1° La nommée G..., âgée de 21 ans, convalescente d'une fièvre typhoïde, présentait, au moment de son entrée, un grand affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. En outre, elle était atteinte d'une affection organique du cœur caractérisée par un bruit de souffle rude, râpeux, ayant son maximum d'intensité au premier temps et à la pointe. Le lendemain de son accouchement, elle était complétement hémiplégique, et succombait six jours plus tard.

2° et 3° Les nommées E... et K..., toutes deux atteintes d'éclampsie, ont succombé : la première, le jour même de son entrée, à une hémorrhagie méningée et à une rupture du foie (2), ayant déterminé un épanchement sanguin considérable dans le péritoine; la seconde, également à une hémorrhagie méningée dans le coma, trois jours après la délivrance, et ayant accouché sans en avoir conscience.

Il nous reste donc 9 décès, soit une mortalité approximative de 1,50 ou 2 p. 100.

Mais, dans ces 9 décès, il nous paraît important d'établir une division. Ainsi, 5 sont survenus chez des femmes ayant subi des manœuvres plus ou moins violentes, et 4 seulement chez des femmes accouchées naturellement et, en apparence, dans les meilleures conditions.

L'examen de ces chiffres suffit à établir l'influence considérable qu'a eue sur la mortalité l'intervention obstétricale. Ainsi, depuis le 1er janvier iusqu'au 30 juin, il y a eu, dans le service, 15 opérations ou manœuvres, qui ont donné lieu à 5 morts, soit 1/3; tandis qu'en faisant abstraction des 3 cas éliminés plus haut et des 15 cas qui nous occupent en ce moment, il nous reste 440 accouchements *naturels*, donnant lieu seulement à 4 morts, soit 1/110.

On voit ainsi combien notre statistique est modifiée défavorablement par les décès déterminés par les interventions, puisqu'au lieu de 1/110, nous sommes obligés d'enregistrer 1/50. Or, il faut bien le reconnaître, c'est aux interventions que l'on doit attribuer, en grande partie, l'écart qui existe entre les accouchements de la ville et ceux des hôpitaux. En effet, dans la grande majorité des cas, quand, chez une femme pauvre, se présentent une grossesse anormale, un accouchement laborieux, des complications ou un accident, on la conduit à l'hôpital, et le plus ordinairement, ce qui aggrave singulièrement le pronostic, après des tentativee de délivrance répétées, souvent malhabiles, pour ne pas me servir d'une expression plus sévère, et qui souvent serait plus juste.

Ainsi, la femme T... resta en travail plus de quarante-huit heures avant de subir l'application de forceps, qui devait la délivrer, et elle succomba trois jours après à une gangrène du col et du vagin.

R... séjourne d'abord vingt-quatre heures chez une sage-femme, qui, ne voyant aucun progrès dans l'accouchement, se décide à percer les membranes vers dix heures du soir. Le lendemain seulement, la malade est transportée à l'hôpital, où l'on reconnaît un rétrécissement

(1) Suite. — Voir les numéros des 9, 11, 21 et 23 août.

(2) Cette observation est publiée *in extenso* dans les *Bulletins* de la Société anatomique (1877).

du bassin mesurant 8 centimètres. A onze heures, on procède, sans grande difficulté et avec succès, à une application de forceps au détroit supérieur, sous la savante direction de M. Lucas-Championnière. Il n'y a pas de déchirure du périnée, ni trace de contusion violente des parties molles. Nous espérons un résultat favorable, mais bientôt la fièvre s'allume, le ventre se ballonne, devient douloureux, et la malade succombe quinze jours après son accouchement.

A l'autopsie, on constate une véritable attrition gangréneuse du col et du vagin, une lymphangite utérine et une pleurésie purulente.

Après ces deux exemples, dans lesquels la mort a été favorisée par le retard dans l'intervention, nous allons dire également quelques mots de 3 cas où la terminaison malheureuse doit, pour une grande part, être attribuée à une cause septique développée sous l'influence nosocomiale :

L..., entrée le 1er juin, présentait au périnée une cicatrice due à une brûlure survenue à l'âge de 3 ans, à la suite d'une chute sur un brasier. Le travail de l'accouchement était commencé et marchait régulièrement. Cependant, le lendemain matin, vingt-quatre heures après le début du travail, la tête est à la vulve, qu'elle ne peut franchir à cause de la résistance de la cicatrice. On pratique la section d'une bride, faisant saillie à gauche, à l'entrée du vagin ; puis un petit forceps est appliqué, et l'accouchement se termine, mais avec une rupture du périnée à gauche de la fourchette, sans que celle-ci soit intéressée, au point correspondant du débridement pratiqué à l'intérieur.

Le lendemain, frisson intense, douleurs dans le ventre et apparition d'un érysipèle gangréneux de la vulve et du vagin, puis péritonite et pleurésie ; la malade succombe le 9 juin.

A l'autopsie, sphacèle de la vulve, du vagin, du col et de la cavité de l'utérino-lymphangite utérine, péritonite et pleurésie purulentes.

La déchirure extérieure mesurait à peu près 3 centimètres, les bords de la plaie étaient nets. Partout ailleurs qu'à l'hôpital, on aurait, je le crois, obtenu une guérison ; mais, dans la même salle, nous avions malheureusement deux autres malades atteintes d'érysipèle gangréneux de la vulve et du vagin. En outre, un des aides de l'opérateur avait, deux jours avant, fait une autopsie très-longue et très-fétide, et il était porteur des mêmes vêtements qu'il avait à cette autopsie. Je relate ces particularités, parce que je ne les crois pas sans influence sur la genèse des accidents qui ont emporté cette malade.

La nommée C..., âgée de 32 ans, déjà mère de cinq enfants, présente, aux pieds principalement, des signes manifestes de l'intoxication syphilitique à la période secondaire, quand elle entre, le 26 mars, à l'hôpital, où elle accouche dans la nuit, vers une heure du matin. Presque aussitôt après l'expulsion du fœtus survient une métrorrhagie abondante. Le placenta est adhérent, et, malgré plusieurs tentatives avec la main introduite dans l'utérus, il est impossible de l'extraire.

Cependant, malgré le décubitus, avec abaissement de la tête et soulèvement du siége, des frictions sur le ventre, l'expression utérine, l'application de compresses froides, l'administration de l'eau-de-vie, etc., etc., l'hémorrhagie continue, et survient une syncope. Plusieurs internes se sont rendus auprès de cette femme, et, se remplaçant tour à tour pendant deux heures pour faire, avec les mains, la compression utérine, ils finissent par se rendre maîtres de l'hémorrhagie.

Le matin, à huit heures, la malade est d'une pâleur extrême, mais le sang ne coule plus. L'utérus est globuleux, ferme, dur et manifestement contracté. Nous pouvons espérer qu'une nouvelle hémorrhagie n'est pas immédiatement à craindre, mais nous sommes loin d'être rassuré sur les dangers qui peuvent résulter de la rétention du placenta et du retour de l'hémorrhagie. Celle-ci, pourtant, ne se reproduit pas ; mais, malgré injections intra-utérines désinfectantes pratiquées matin et soir, quinquina, alcoolature d'aconit, etc., et l'expulsion spontanée du placenta, qui eut lieu quatre jours plus tard, plusieurs frissons violents surviennent, et la malade succombe, dans la soirée du 1er avril, à l'infection putride.

Enfin, la nommée M..., ayant déjà eu deux enfants à terme et sans accidents, entre à l'hôpital le 10 mars, à dix heures du soir, pour y faire ses couches. Le lendemain matin, à cinq heures, elle donne naissance à une petite fille non à terme, pesant 1,500 grammes seulement. Le placenta est extrait sans difficulté, mais une partie des membranes restent adhérentes dans l'utérus. Une hémorrhagie se déclare. Un interne en chirurgie introduit la main, retire les membranes, et l'hémorrhagie s'arrête. Mais, dès le lendemain, survient un frisson violent, prélude d'une péritonite généralisée à laquelle succombe la malade, dix jours plus tard.

Ces deux derniers cas, les seuls, sur nos 458 accouchements, dans lesquels la main a été introduite dans l'utérus pour l'extraction du placenta ou des membranes, ont été suivis de mort. Aussi nous demandons-nous si, dans ce dernier cas au moins, où il n'y a pas eu de violences commises dans l'intérieur de l'utérus, la simple introduction de la main d'un médecin

passant plusieurs heures par jour dans une salle de chirurgie, au milieu de gens présentant des suppurations plus ou moins abondantes, ne pourrait pas avoir apporté le germe de l'affection qui a déterminé la mort.

Quant aux 4 décès, sans intervention chirurgicale, la terminaison fatale doit être rapportée, dans deux cas, à une péritonite purulente généralisée, et dans les deux autres, à la péritonite et à la pleurésie purulente réunies. »

2° *Maladies des nouveau-nés* (érysipèle chez les nouveau-nés). — « Aux causes ordinaires, déjà si nombreuses, de la mortalité chez les nouveau-nés s'était ajoutée depuis longtemps, à l'hôpital Lariboisière, une véritable épidémie d'érysipèle. Dans le premier semestre de cette année, 15 enfants en ont été atteints, 2 seulement ont guéri, 2 ont été emportés de l'hôpital dans un état qui ne laissait aucun espoir, et tous les autres ont succombé.

J'étais vivement préoccupé de la persistance de cette maladie dans mon service. A plusieurs reprises, je m'étais renseigné si dans les autres hôpitaux on observait, comme à Lariboisière, chez les nouveau-nés, des érysipèles d'une façon pour ainsi dire continue. N'obtenant jamais que des renseignements négatifs, j'avais été conduit à penser que la cause de cette épidémie était toute locale, et qu'il s'agissait d'une endémie véritable.

Je ne pouvais cependant invoquer l'influence du mauvais état sanitaire général, puisque, à part de rares exceptions que j'ai signalées (voy. *Maladies puerpérales*), les femmes en couches sont bien portantes. Il ne s'agit pas non plus de ces érysipèles survenant chez des sujets cachectiques, épuisés par la maladie, puisque nous voyons les enfants les plus robustes et les mieux constitués être atteints en pleine santé pour ainsi dire, et quelquefois dès le quatrième ou cinquième jour de la naissance.

Est-ce dans les pièces de pansement, dans les langes, que réside le principe contagieux qui éternise la maladie?

Mais le linge des enfants est blanchi à part, et avec des soins spéciaux. On le soumet d'abord à une lessive chaude de sous-carbonate de soude; on le lave ensuite à grande eau avec du savon, et l'on ne se sert jamais d'eau de javelle, qui, à tort ou à raison, est accusée d'irriter la peau et, en tout cas, imprègne le linge d'une odeur désagréable.

Les layettes sont toutes neuves, et elles ont la même provenance que celles des autres hôpitaux où il n'y a pas d'érysipèles.

Depuis longtemps, il n'y a plus, dans mes salles, d'éponge commune servant à tous les malades. Chaque enfant, comme chaque femme, est lavé et nettoyé avec une compresse qui lui est propre, et ne sert qu'à lui. J'ai même fait ajouter à l'eau servant à la toilette une solution d'acide phénique additionnée d'essence de thym, et recommandé à l'infirmière de se laver les mains dans l'eau phéniquée à chaque nouvel enfant qu'elle habille. Enfin, au premier signe de l'érysipèle, le petit malade quitte la salle des femmes en couches, et est transporté avec sa mère à la crèche.

Cependant, malgré ces précautions, il ne se passait pas quinze jours sans que, à la visite, on ne me montrât un nouveau cas.

J'étais à bout de recherches sur la cause de cette endémie érysipélateuse, quand je remarquai que, chez plusieurs malades, l'éruption ne commençait pas au niveau de l'ombilic, mais bien sur les parties génitales, les fesses, le bas-ventre et les lombes.

Or, à un moment, nous avions un grand nombre d'enfants atteints de diarrhée, chez lesquels survenait rapidement un érythème s'étendant du pourtour de l'anus aux fesses, aux parties génitales, etc. Au contact pour ainsi dire continu de l'urine et des matières fécales, l'épiderme, ramolli, était vite enlevé, et le derme, mis à nu, était le siége de vives souffrances.

La difficulté, dans un service si considérable, de donner, avec un personnel insuffisant, des bains aussi fréquents et aussi longs qu'il l'eût fallu, l'impossibilité de changer les langes assez souvent, et d'autres raisons du même ordre, m'engagèrent à recommander, quand les enfants étaient lavés, de leur recouvrir le siége et toutes les parties occupées par l'érythème de cold-cream ou de cérat frais, puis de saupoudrer d'amidon *largâ manu*, et de faire ensuite l'emmaillottement.

Le cérat ayant paru trop liquide, et d'une application difficile, on lui substitua de l'axonge fraîche, sans me le dire d'abord; les résultats furent excellents, je m'empresse de le reconnaître. Eh bien, l'infirmière témoin de ce succès, à mon insu et à celui des élèves, ai-je besoin de le dire, avait continué, pour prévenir l'érythème, à recouvrir à chaque pansement les fesses et les parties génitales de tout enfant qui, à tort ou à raison, lui semblait menacé de diarrhée, d'une couche de vieille axonge, rancie, presque jaune. Ainsi s'explique la persistance d'une véritable épidémie d'érysipèle, qui n'a plus fourni un seul cas depuis que le pot de vieille axonge a disparu de la salle. »

(*La fin dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Faye présente quelques observations à propos d'un récent travail de M. F.-F. Hébert, relatif à l'hiver exceptionnel de 1876-1877, et s'exprime en ces termes :

« L'hiver dernier a été exceptionnel. Tandis que de novembre à la mi-janvier des froids intenses sévissaient au nord-est de l'Europe et au nord de l'Asie, avec une pression barométrique très-élevée (près de 800 millimètres), nous avions sur toute l'Europe occidentale, et en France surtout, un climat d'été et une sécheresse étonnante (sauf des plus diluviennes en certains pays) avec des pressions extrêmement basses (jusqu'à 716 millimètres). M. Hébert, qui a fait de ces phénomènes une étude spéciale et dont j'ai l'honneur d'offrir la publication à l'Académie, y a reconnu, par l'ensemble des observations qu'il a recueillies et les cartes qu'il a dressées, tous les caractères du siroco. C'est à une série de coups de siroco, bien plus prolongés, bien plus étendus qu'à l'ordinaire, qu'il faut attribuer l'allure de cet étrange hiver. Il y a là certainement un important résultat pour la météorologie.

L'auteur a été ainsi conduit à étudier théoriquement la nature du siroco ou du fœhn dont on ne connaissait pas jusqu'ici l'extension possible et le rôle occasionnellement si important dans des pays qu'il ne visite pas d'ordinaire. Je citerai textuellement sa conclusion :

« L'existence de mouvements tourbillonnaires pendant les phénomènes du siroco, qui avait « été entrevue théoriquement par M. Faye, est donc aujourd'hui un fait absolument « démontré ; ces mouvements tourbillonnaires sont descendants, et c'est en ramenant en bas « l'air des hautes régions qu'ils lui communiquent la chaleur et la sécheresse qui caractérisent « le siroco. »

M. Hébert a dû, en effet, reconnaître le caractère tourbillonnaire de ces phénomènes; dans le seul mois de décembre, 41 gyrations distinctes se sont montrées sur notre pays et les coups de siroco qui, en janvier dernier, ont donné une température presque estivale aux jours d'ordinaire les plus froids de l'année, avec une sécheresse sans précédent connu, ont évidemment appartenu aux trois grands tourbillons qui, à cette époque, nous sont venus comme tous les autres de l'Atlantique.

Le second point, constaté par M. Hébert, c'est que ces mouvements gyratoires ont été descendants. C'est ainsi qu'ils ont engendré une chaleur et une sécheresse si extraordinaires.

Ces deux points établis, et je crois que le beau travail de M. Hébert ne rencontrera pas de contradicteurs, je demande la permission de signaler une conséquence qui en résulte immédiatement. Voici les prémisses :

1° Ces coups de siroco ont été tourbillonnaires;

2° Ces tourbillons-là ont été descendants;

3° Ils ont été constamment accompagnés d'une forte dépression barométrique.

Donc il n'est pas juste de dire, ainsi qu'on me l'a souvent objecté, qu'un tourbillon descendant, s'il en existait, ferait monter le baromètre, car on en voit ici qui certainement l'ont fait baisser.

Je signalerai aussi cette conséquence aux météorologistes qui ont soutenu que les maxima barométriques, avec le beau temps et le froid qui les accompagnent, sont déterminés par des gyrations descendantes. Voici, en effet, des gyrations descendantes qui présentent au contraire un minimum de pression, une température insolite et des sécheresses de 0,16 à 0,07.

Je la gignalerai aussi aux météorologistes qui admettent, au contraire, que les maxima barométriques persistants, tels que celui qu'on a trouvé au centre de l'Atlantique nord par 30 degrés de latitude, sont le siége de mouvements gyratoires ascendants.

La vérité est que les gyrations atmosphériques, cyclones, typhons, tornades et trombes, sont tout aussi descendants que le siroco, le fœhn et le simoum. Toutes ces gyrations présentent lee mêmes caractères mécaniques; elles sont toutes également et invariablement accompagnées d'une dépression du baromètre, et si leurs effets physiques diffèrent pour la température ou l'humidité, c'est que les uns entraînent des cirrhus dont les autres se trouvent dépouillés. Pour aujourd'hui, je me borne à constater, d'après le travail de M. Hébert, que l'hiver dernier serait inintelligible si les tourbillons atmosphériques n'étaient pas descendants. »

M. le docteur Tholozan envoie de Téhéran les détails qui suivent sur une troisième recrudescence de la peste en Perse :

« Après six mois environ d'assoupissement complet, la peste a reparu à Bagdad en février 1877. Sa marche ascensionnelle et véritablement épidémique ne date que du mois de mars, et, à fin d'avril, on y comptait environ *cinquante* décès par jour. Au commencement de juin on n'en comptait plus que *deux*. L'épidémie de cette année a eu une durée plus courte

que celle de 1876; la mortalité a été beaucoup moins élevée et la diffusion, hors de la capitale, presque nulle. Ainsi voilà quatre années successives que la peste se montre épidémique en Mésopotamie dans les mois d'avril et de mai. L'existence d'une endémo-épidémie de peste dans cette contrée est aujourd'hui un fait établi et bien palpable. La maladie a résisté à tous les essais de quarantaine locale et de désinfection. L'application infructueuse de ces moyens prophylactiques ne prouve pas leur inutilité : elle montre seulement que l'hygiène publique laisse beaucoup à désirer en Orient. Mais, d'un autre côté, il faut bien reconnaître que la peste, comme le choléra, la diphthérie, la fièvre typhoïde, peut prendre, à certaines époques et dans certains milieux, un développement épidémique dont la science actuelle n'a pas encore pu déterminer les causes réelles et dont nous ne pouvons arrêter la progresssion ascendante ni hâter le déclin.

S'il en est ainsi, on doit craindre la propagation ou l'irradiation du foyer de peste de Bagdad dans différentes directions. La persistance du fléau, pendant quatre années consécutives dans la même zone, est loin de démontrer son innocuité pour les pays voisins. De même qu'au printemps de l'année passée la peste s'est manifestée à Chuster, en Perse, à la suite de l'arrivée des pèlerins des localités infectées de la Mésopotamie, de même, les années suivantes, la peste peut, par étapes successives, envahir la Syrie ou l'Anatolie. La guerre actuelle entre la Turquie et la Russie peut agir, sous ce rapport, d'une manière funeste en favorisant le transport de la maladie par les troupes asiastiques et en créant, dans les agglomérations d'hommes qu'entraînent les nécessités stratégiques, des conditions hygiéniques défavorables qui prédisposent à la maladie. La peste, comme le typhus et le scorbut, affectionne les milieux crées par les nécessités de la guerre.

Si la mode d'extension et de propagation de la peste par contagion doit être admis quand des faits positifs sont cités à son appui, il faut, d'un autre côté, avoir toujours en vue que cette extension n'est pas un fait nécessaire, même quand les circonstances paraissent devoir la favoriser. Les maladies pandémiques restent quelquefois confinées à certaines localités : elles n'en sortent que dans des circonstances difficiles à préciser.

A côté de la propagation par contagion, à laquelle je viens de faire allusion, il faut aussi admettre les cas dans lesquels, en dehors de toute importation possible, de nouveaux foyers originels se développent à grande distance et tout à fait indépendamment des premiers. Si la contagion du typhus bubonique est un fait incontestable, son éclosion spontanée est aussi aujourd'hui nettement établie par les faits dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie en 1874. Je viens maintenant apporter quelques nouvelles données à ce sujet.

Au premier tiers de la route de Téhéran à Méched, se trouve la ville de Charoud, à 25 lieues de l'angle sud-est de la mer Caspienne, à 1,000 mètres d'altitude environ, dans un climat froid l'hiver, tempéré l'été, dans une vallée large, belle et sans marécages. A 4 lieues au sud de cette ville, dans la plaine, se trouvent les petits villages de Djaférabad et de Dézedje, distants de 1 kilomètre l'un de l'autre. Là, une maladie tout à fait extraordinaire pour les habitants fit apparition au mois de décembre 1876. Des gonflements inflammatoires se montraient aux aines, aux aisselles et derrière l'oreille. Ils s'accompagnaient d'une fièvre intense avec céphalalgie et troubles de l'intelligence. La mort survenait du deuxième au quatrième jour. Ces tumeurs se montrèrent de préférence sur les femmes fortes et sanguines. Sur deux cents personnes environ qui habitent ces deux villages, il y eut quatorze cas de fièvre bubonique et huit décès. Cette maladie dura environ un mois et disparut ensuite à la fin de janvier. Il est à remarquer que personne dans ces localités n'a fait le pèlerinage de la Mésopotamie depuis plus de deux ans. Ces villages ne sont pas non plus sur le passage des pèlerins et des caravanes; ils sont éloignés de 3 kilomètres de la route de Méched et ne servent jamais de lieu d'étape aux voyageurs ni aux muletiers.

L'épidémie dont il me reste à faire mention a été mieux observée dans ses détails que la précédente. Elle a, du reste, par son siége, sa durée et le nombre des cas qui se sont développés déjà depuis trois mois, une grande importance : après un hiver exceptionnellement doux et sec, on observa à Rècht, chef-lieu de la province de Guilan, quelques cas de fièvre continue, analogue au typhus. Au commencement du mois de mars, on remarqua ensuite, non sans étonnement, sur plusieurs personnes, des bubons aux aines et aux aisselles. Ils étaient quelquefois précédés ou accompagnés d'une fièvre grave, avec éruption pétéchiale noirâtre, et dans tous ces cas ils étaient mortels. Quand la fièvre était peu intense, quand il n'y avait pas de pétéchies, pas de symptômes typhiques, les malades guérissaient presque tous en quelques jours; ces cas étaient trois ou quatre fois plus nombreux que les autres. Quelques-uns de ces bubons s'abcédèrent, d'autres disparurent par résolution. Les médecins du pays m'ont écrit que, depuis plus de quarante ans, ils n'avaient jamais rien observé de semblable. Après avoir donné lieu, pendant deux mois, à deux ou trois décès seulement par jour, cette fièvre bubonique a augmenté à la fin de mai, et, au commencement de juin, on évaluait à 170 le nom-

bre des cas graves, qui ont été presque tous mortels en deux ou trois jours, et à environ 600 le nombre des cas légers, qui ont presque tous guéri. La maladie, concentrée pendant le premier mois dans une rue basse et infecte et dans la classe la plus pauvre de la population, s'est étendue ensuite successivement à tous les quartiers, et, il y a quelques jours, deux districts situés au nord-ouest de la ville, à une distance de trois ou quatre lieues, ont été infectés aussi.

La ville de Rècht, qui a un grand commerce avec la Russie et le centre de la Perse, est située au milieu d'une forêt marécageuse, à quelques lieues de la mer Caspienne, sur un sol d'alluvion, à 15 mètres environ d'altitude. Elle est entourée de rivières et de grandes plantations de mûriers. La base de l'alimentation du peuple est le riz, le poisson frais ou salé et les oiseaux aquatiques.

Toutes les recherches ont été infructueuses, à Rècht comme à Charoud, pour trouver une relation quelconque entre cette peste, que je crois d'origine persane, et celle de la Mésopotamie, qui est évidemment d'origine turque. Les premiers cas de peste à Rècht datent d'une époque où la maladie s'était à peine développée à Bagdad. De plus, il n'est pas arrivé à Rècht de pèlerins ni de caravanes de la Mésopotamie.

Il faut donc admettre qu'il y a eu, en Perse, au commencement de 1877, deux foyers d'origine de peste bubonique, l'un presque insignifiant et éteint sur place, l'autre étendu à une ville de 20,000 habitants, et menaçant en ce moment d'envahir le Guilan tout entier et peut-être d'autres parties du royaume. » — M. L.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Sixième session — Congrès du Havre

Présidence de M. Broca.

C'est M. le professeur Broca qui a ouvert cette session par un discours sur les races humaines fossiles de l'Europe occidentale. Dans ce savant discours, le président du Congrès a présenté un exposé concis et lumineux de l'état actuel de la science ethnologique avant les temps historiques, qui ne remontent guère qu'à six mille ans, tandis que la découverte d'ossements humains et d'instruments à l'usage de l'homme primitif dans des terrains quaternaires, — quelques-uns même disent tertiaires, — assignent à l'existence de l'homme, contemporaine d'animaux disparus ou émigrés, une antiquité qu'il est impossible d'évaluer en chiffres. Avec les éloges qui leur sont dus, M. Broca a cité tous les travaux qui ont concouru à déterminer ces points si intéressants et naguère si mystérieux de l'anthropologie, et n'a modestement passé sous silence que ses recherches propres, qui ont jeté de si vives lumières sur une science toute nouvelle.

M. Masurier, maire de la ville du Havre, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès dans une allocution simple et sans prétention. « Je souhaite, a-t-il dit, que votre session de 1877 ait pour résultat de doter notre pays d'une de ces merveilleuses découvertes, fruit de patientes recherches, qui sont l'honneur de la science, l'aliment de l'industrie, et, par suite, viennent ajouter à la fortune et à la prospérité publiques. »

Dans un rapport très-réussi, M. Dehérain, secrétaire général, a présenté un résumé des actes de l'Association en 1877 et de la session tenue à Clermont-Ferrand. Il a payé un juste tribut de regrets aux membres que la mort a enlevés à l'Association, et a rappelé les distinctions et les récompenses scientifiques accordées à ses collègues. Ce compte rendu a été fort applaudi.

Enfin, M. G. Masson, trésorier, a présenté la situation financière de l'Association, situation excellente, et qui se traduit par un capital de 210,307 fr. 88 c.

Nous rendrons compte des principales communications qui seront faites dans les sections afférentes aux sciences médicales.

Anthropologie. — Un arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 23 mars dernier, a décidé qu'une exposition des sciences anthropologiques serait ouverte dans les locaux de l'Exposition universelle internationale, du 1er mai 1878 au 31 octobre suivant, et a confié les soins d'organisation et d'installation de cette exposition à la Société d'anthropologie.

Le *Journal officiel* vient de publier le règlement de cette exposition.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ATHÉTOSE;

Présentation faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 22 juin 1877,

Par M. Proust, médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé à la Faculté de médecine.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre une affection curieuse sur laquelle l'attention des pathologistes a été éveillée récemment; il est atteint d'*athétose*, maladie décrite pour la première fois par un médecin de New-York, Hammond, en 1871. Pour cet auteur, l'athétose (αθετος, sans position fixe; *without a fixed position*) est caractérisée par l'impossibilité où se trouvent les malades de maintenir les doigts et les orteils dans la position qu'on leur imprime et par leur mouvement continuel.

Cette affection a été étudiée également par Martin Bernhardt (1). Pour M. Charcot, l'athétose est une variété de l'hémichorée post-hémiplégique. Enfin, notre collègue M. Cornil, dans une revue critique, consacre quelques lignes à cette affection. Nous citerons encore la thèse de M. Raymond sur l'hémichorée. Sans entrer dans une discussion théorique, je me contenterai d'exposer l'histoire de mon malade (2).

Ce jeune homme, âgé de 21 ans, exerce la profession de marchand de journaux. Il est placé à Lariboisière, dans mon service, salle Saint-Charles. On est frappé, lorsqu'on l'approche, des mouvements continuels dont est animée la moitié droite de son corps, mouvements irréguliers, involontaires. Tout le côté gauche, au contraire, est à l'état normal. Nous allons étudier ces mouvements à la face, au membre inférieur et au membre supérieur.

On observe, sur le côté droit de la face, des contractions incessantes, manifestes surtout sur les muscles élévateurs de la lèvre supérieure et sur le muscle sourcilier, contractions qui s'exagèrent lorsque le malade parle ou rit. Il n'est pas rare, au moment de la contraction du sourcilier droit, de voir le sourcilier gauche se contracter également, obéissant ainsi à la loi de la synergie musculaire.

Le membre inférieur était le siége, il y a peu de temps, de quelques mouvements qui s'observent encore aujourd'hui, mais à un degré moins marqué. Ce membre présente un certain degré de flexion de la jambe sur la cuisse, par suite de la contracture permanente des muscles

(1) *Archives de Virchow*, 1876.
(2) Cette observation a été recueillie par M. Weiss, interne du service.

FEUILLETON

LA MÉDECINE AU JAPON (1)

École de médecine et hôpital de Yedo.

Il y a, pour le service des malades, un certain nombre, non pas d'infirmiers, mais bien d'infirmières. Ce fait, que ce sont exclusivement des femmes qui soignent les malades de tout sexe, paraîtrait singulier en Europe; mais, au Japon, cela n'a rien que de très-normal : dans les établissements publics, hôtels, restaurants, bains, etc., il n'y a jamais que des femmes pour domestiques.

A quelques pas de l'hôpital se trouvent les bâtiments de l'École de médecine, qui étaient à peine terminés, et qui n'avaient pas encore été mis en service. J'y remarquai une vaste salle pour les examens, conférences, etc.; une bibliothèque, une salle de réunion pour les professeurs et diverses salles pour les cours. Tout à côté, trois grands pavillons isolés sont en construction; l'un est destiné à la physique, l'autre à la chimie, et le troisième aux différents travaux d'anatomie. Pour le moment, ces derniers se font dans une ancienne grande maison japonaise voisine de l'École. Au moment de ma visite, une quinzaine d'élèves étaient occupés à des travaux de dissection, sous la direction d'un prosecteur japonais, en attendant l'arrivée prochaine du professeur titulaire, attendu d'Allemagne. Je comptai, sur les tables de dissection, cinq cadavres, dont trois appartenant à des suppliciés par la décapitation. Ce sont, du reste, les suppliciés qui fournissent le plus grand nombre de sujets à l'École, car les exécutions

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3, 10, 17, 24 juillet et 28 août.

biceps, demi-membraneux et demi-tendineux, dont les tendons forment, au niveau du creux poplité, une corde dure et résistante. Il en résulte ce fait que, pour se tenir d'aplomb, le malade est obligé de se dresser sur la pointe du pied. Lorsque, au contraire, il s'appuie sur le talon, il est forcé de fléchir la jambe gauche d'une quantité équivalente. On observe, de plus, une contracture du jambier antérieur et des muscles du tendon d'Achille. Aussi le pied est-il dans une flexion et dans une adduction forcées.

La contracture de ces divers muscles n'est point invincible. Il est possible, avec quelque effort, de la surmonter; mais, indépendamment de cette attitude permanente, le malade présente encore dans son membre inférieur des contractions involontaires. Quand il est couché, ce sont quelques légers mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse, des mouvements d'extension du gros orteil, ou bien un mouvement d'abduction du pied en totalité. La nuit, il se produit fréquemment des mouvements de rétraction du membre, que le malade ramène à la position normale avec difficulté.

Dans la station verticale, le membre présente des mouvements successifs d'élévation et d'abaissement. Ces contractions étaient autrefois plus prononcées qu'elles ne le sont actuellement. Aujourd'hui, quand on ordonne au malade d'arrêter les mouvements du genou, il y parvient assez facilement, mais ceux du pied sont absolument soustraits à l'influence de la volonté.

Ces phénomènes deviennent surtout évidents lorsque le malade, s'appuyant exclusivement sur son pied gauche ou sur une canne, le pied droit reste en l'air. Il est alors animé de mouvements d'extension, de flexion, d'abduction et d'adduction du pied sur la jambe. On observe également, dans cette position, une légère rotation de la jambe sur la cuisse.

Les mouvements involontaires que nous venons de constater au membre inférieur présentent, au membre supérieur, des caractères beaucoup plus nets, et qui donnent à l'affection son cachet spécial.

Le membre supérieur est appuyé contre le thorax; cette attitude du bras est due à la contracture du grand pectoral, du grand rond et du grand dorsal.

En même temps, il éprouve un mouvement alternatif de rotation en dedans et de rotation en dehors; souvent il est porté dans l'extension et l'abduction forcée, et se place derrière le dos.

L'avant-bras est parfois fléchi sur le bras, il reste étendu et éprouve un mouvement de torsion dû à une pronation exagérée. La main est fortement fléchie sur l'avant-bras et portée en même temps dans l'abduction. C'est là une attitude presque permanente.

Les doigts sont agités de mouvements continuels, produits tantôt par une extension forcée, tantôt par une flexion exagérée. Ces mouvements ne se font pas simultanément pour tous les doigts, mais se suivent pour chacun d'eux dans un ordre très-irrégulier. Quelquefois ils sont lents, on a pu les comparer aux mouvements de progression de la pieuvre. Tantôt ils sont plus violents et les ongles viennent s'implanter soit dans la paume de la main, soit sur la paroi

---

capitales sont encore très-fréquentes à Yedo, bien qu'elles paraissent être moins communes qu'autrefois.

A côté des salles de dissection, on voit les cabinets des collections, lesquels, bien que formés depuis peu, et par conséquent encore peu riches, ne laissent pas que de renfermer des choses fort intéressantes. Je remarquai une collection de squelettes de mammifères, oiseaux, reptiles et poissons (d'espèces indigènes) parfaitement préparés et montés, et destinés à servir aux études d'anatomie comparée.

D'après ce que j'ai pu voir, et d'après les renseignements que j'ai pu recueillir, je pense que l'École de Yedo peut donner un enseignement complet, du moins pour ce qui concerne les sciences accessoires et les principales branches de la médecine. Il est vrai que les deux services de clinique ne possèdent qu'un nombre restreint de lits qui, en moyenne, n'excède guère une cinquantaine pour chacun. Ce serait peu, en Europe; mais je dois faire observer que les professeurs de clinique ont, ici, la faculté de recruter eux-mêmes les malades qu'ils désirent avoir dans leurs salles, et il leur est facile, sur le grand nombre de consultants qui se présentent, de faire un choix d'affections pathologiques variées; d'où il résulte que, en mettant à part les maladies des yeux et les maladies contagieuses, il y a dans les salles presque autant d'affections différentes qu'il y a de lits. Les élèves qui suivent les cliniques pendant trois années consécutives peuvent donc voir défiler sous leurs yeux presque tous le cortége des principales maladies, tant externes qu'internes. Néanmoins, pour certaines parties de la médecine, telles que la médecine légale, l'aliénation mentale, l'obstétrique, etc., l'enseignement est encore incomplet, ou même nul; et peut-être en sera-t-il encore longtemps ainsi. Quant au service de la pharmacie, il paraît bien organisé; les élèves sont exercés à la connaissance et à la manipulation des médicaments, et reçoivent les leçons d'un professeur spécial.

antérieure de la poitrine, quelquefois même sur sa paroi postérieure, car la main va en se balançant tantôt en avant, tantôt en arrière. On arrive assez facilement à placer la main dans une position déterminée, mais elle en reprend bientôt une différente.

Il n'y a pas, en effet, une contracture permanente semblable aux contractures et aux rétractions qui s'observent dans les hémiplégies de longue durée, et on ne voit pas, comme dans ces cas, des troubles de nutrition de la peau de la main et des doigts, ni ces écorchures qui sont le résultat de l'enfoncement des ongles dans les chairs. Il est facile, au contraire, sans déployer une grande force, d'obtenir l'extension de la main sur le poignet, et cela sans douleur; mais le malade reprend bientôt de nouvelles convulsions cloniques.

Les mouvements volontaires sont à peu près impossibles; lorsqu'on dit au malade de porter sa main dans une direction déterminée, il ne le peut presque jamais, et si ses efforts ne restent pas complétement infructueux, il n'y parvient qu'après une série de mouvements *grotesques*.

Il lui est également impossible de saisir un objet, et, si on le lui place dans la main, quelquefois il ne peut l'y conserver; le plus souvent, au contraire, il l'étreint convulsivement et ne peut le lâcher. Il lui arrive même quelquefois de saisir involontairement le pan de l'habit d'un de ses voisins, qu'il lui est impossible d'abandonner.

Ces divers désordres du mouvement sont très-exagérés par l'attention qu'on accorde au malade; ils cessent, en général, la nuit. Il ne semble y avoir aucune lésion du côté des articulations. Ces troubles moteurs du côté droit ne s'accompagnent d'aucune altération de la sensibilité. Les actions réflexes semblent seulement un peu exagérées. Le chatouillement de la plante du pied détermine des contractions énergiques dans les deux membres. Les muscles répondent parfaitement aux actions électriques, soit faradiques, soit galvaniques.

Les organes des sens ne présentent également aucune atteinte. En revanche, on observe des troubles trophiques assez accusés portant aussi bien sur les parties molles que sur les os.

Le côté droit de la face est moins développé que le côté gauche.

Le bras et la jambe droite sont atrophiés, ainsi que la partie correspondante du thorax. La cuisse droite, au-dessus du cul-de-sac rotulien, mesure :

	0,275	La gauche. . . .	0,320
La jambe droite. . . .	0,270	La gauche. . . .	0,280
Le bras droit.	0,140	Le gauche. . . .	0,150

En résumé, nous constatons chez notre malade des mouvements irréguliers, involontaires, caractérisés par une tendance à la distorsion, s'aggravant par l'attention et n'étant nullement influencés par la vue, choréiformes en un mot; ces mouvements, absolument localisés au côté droit du corps, qui est en même temps atrophié, ne s'accompagnent d'aucun trouble de la sensibilité.

Examinons maintenant quelles ont été l'origine et la marche de cette affection.

Ce jeune homme nous raconte que, à l'âge de 4 ans, il fut pris assez subitement de crampes

---

Voilà, en gros, de quelle manière est installée et fonctionne l'École de médecine de Yedo. Cet établissement aura-t-il les résultats qu'on en attend? Sera-t-il une pépiinière de vrais médecins, d'habiles praticiens destinés à mettre fin au déplorable état dans lequel se trouve l'art médical au Japon? Ce sont autant de questions auxquelles l'avenir seul peut donner une solution, mais qui, pour le moment, laissent les esprits éclairés et compétents dans une grande incertitude à ce sujet. Un fait est déjà certain, c'est que les six années d'études, qui étaient la durée premièrement fixée, n'ont pas suffi pour former des sujets convenables, de l'avis des professeurs. Cela n'a pas empêché, il est vrai, qu'à la fin de 1876, le gouvernement n'ait fait sortir de l'École quelques élèves, qui ont été envoyés dans les provinces comme médecins-inspecteurs départementaux. Ceci s'est fait malgré l'opinion contraire des professeurs allemands, qui se sont refusés à donner à ces élèves le moindre certificat tendant à affirmer une capacité qui ne leur était pas reconnue. Ainsi donc, voilà déjà quelques médecins sortis de l'École qui sont peu capables, selon l'opinion de leurs professeurs. C'est un triste augure pour l'avenir. Sera-t-on plus heureux avec le système actuellement en vigueur de huit années d'études? On ne peut que l'espérer, mais on ne saurait l'affirmer.

Maintenant, si, malgré les efforts des professeurs allemands et les sacrifices du gouvernement, les résultats laissent à désirer, à quelle cause faudra-t-il attribuer ce peu de succès? Les élèves sont généralement travailleurs; de plus, ils sont surveillés, casernés, et ils ont, beaucoup moins que les étudiants d'Europe, la facilité de perdre leur temps. Ce ne sera donc ni aux professeurs, ni aux élèves, ni au gouvernement, que l'on pourra s'en prendre. Il y a déjà cinq années que je suis en contact journalier avec des médecins et des élèves japonais, et, d'après l'expérience acquise pendant ce temps, je suis arrivé à cette conclusion, que les causes qui empêchent les Japonais de faire des progrès sérieux en médecine, comme dans les

et de pesanteur dans le côté droit du corps, phénomènes auxquels succèda une faiblesse du même côté. A une époque qu'il ne peut déterminer, se sont produits les mouvements que nous observons encore aujourd'hui, et qui n'ont subi de modifications sérieuses qu'au mois d'octobre dernier. Il fut pris à ce moment d'une fièvre assez vive, de délire, de sueurs profuses, et d'une éruption qui fut presque exclusivement limitée à la partie gauche du corps. Il y eut alors des convulsions violentes; sa jambe droite, fléchie sur sa cuisse, vint s'appliquer sur sa fesse. L'avant-bras était collé sur le bras, et le membre supérieur était agité de violents mouvements extrêmement douloureux.

C'est pour cette affection qu'il vint à l'hôpital, où il fut traité par notre collègue M. Gérin-Roze, qui lui prescrivit des ventouses scarifiées à la nuque. Quand nous le vîmes, les phénomènes aigus avaient disparu. Il fut alors soumis à l'action du bromure de potassium (de 2 à 4 gr.). Sous l'influence de ce traitement, les mouvements, qui étaient beaucoup plus exagérés que ceux que nous voyons aujourd'hui, diminuèrent; cependant, ils sont encore plus intenses qu'ils n'étaient avant la crise du mois de novembre.

En résumé, nous voyons succéder à une affection cérébrale de l'enfance des mouvements siégeant dans tout le côté droit du corps, mouvements présentant les caractères suivants :

1o Ils sont involontaires; on observe l'instabilité des membres quand le malade voudrait ne faire aucun mouvement;

2o Ces mouvements sont ryhthmiques, ils sont plus étendus et s'exagèrent pendant les mouvents intentionnels;

3o Ces mouvements sont grotesques; ils donnent lieu à des attitudes forcées; il y a tendance à la distorsion;

4o Enfin la vue n'a aucune influence sur leur existence et sur leur étendue.

Ces mouvements constituent l'athétose, qui n'est point une maladie, mais un syndrome succédant à des lésions cérébrales multiples, aujourd'hui à peu près inconnues.

Ces lésions, pour M. Charcot, qui considère l'athétose comme une variété de l'hémichorée post-hémiplégique, paraissent être des hémorrhagies, des ramollissements, des atrophies cérébrales succédant à une maladie cérébrale de l'enfance. Ces lésions sembleraient avoir pour siége la partie postérieure de la couche optique, du noyau caudé, et du pied de la couronne rayonnante; mais cette anatomie pathologique n'est pas encore nettement établie. M. Charcot n'a observé l'hémichorée post-hémiplégique que cinq ou six fois; il n'a pas toujours eu l'occasion de faire

---

autres professions libérales, sont surtout le mode de l'esprit national et le vice radical de leur éducation première, qui font qu'ils ne pensent pas, qu'ils ne réfléchissent pas.

Je m'explique : En disant que les Japonais ne pensent pas, ne réfléchissent pas, je n'entends pas dire qu'ils soient dénués d'intelligence; au contraire, je crois qu'il y a peu de peuples asiatiques aussi intelligents qu'eux. Seulement, leurs facultés intellectuelles sont, en quelque sorte, paralysées par leur genre d'éducation, qui consiste à apprendre des mots beaucoup plus que des idées. Un savant japonais est un homme qui connaît beaucoup de caractères d'écriture; mais il n'y a guère plus d'idées dans son cerveau que dans celui d'un enfant. Le Japonais est enfant à tout âge, et il a déjà les cheveux blancs, qu'il n'a pas encore fini d'apprendre à lire et à écrire. Il suit de là que le Japonais ne sait pas ce que c'est que de raisonner dans le sens que nous l'entendons; chez lui, aucun esprit de suite, d'ordre, de méthode, de liaison dans les idées; aucune netteté, aucune précision dans ses conceptions, qui flottent indécises dans une sorte de chaos; pour lui, le sophisme est la règle, et le syllogisme est l'exception. Sans presque jamais se préoccuper des relations de cause à effet, il apprend surtout machinalement; observateur sagace et attentif, il s'approprie facilement tout ce qui est du domaine des sens, sans aller plus loin. Aussi est-il fort difficile de lui faire comprendre que, toutes les fois qu'il se trouve en présence d'une maladie, il a à résoudre un problème dont les données sont très-souvent nombreuses et complexes.

Il m'a été rapporté que l'un des premiers professeurs allemands qui aient enseigné à l'École de Yedo, le docteur Koffmann, interrogé sur ce qu'il pensait de l'aptitude des Japonais pour la médecine, répondit qu'avant de leur apprendre à guérir, il faudrait leur apprendre à penser : c'est aussi mon avis.

Peut-être trouvera-t-on ce jugement un peu sévère, alors surtout que, dans ces dernières

l'autopsie, et Hammond, qui n'a pas vu un nombre plus considérable d'athétose, dit que l'anatomie pathologique en est inconnue.

L'athétose ne peut être confondue ni avec la sclérose en plaques, ni avec la paralysie agitante, ni avec l'ataxie locomotrice; elle ne peut être non plus confondue avec les contractures vulgaires qui succèdent quelquefois à l'hémiplégie. Il est donc absolument inutile d'établir un diagnostic différentiel dans ces divers cas; et il suffit de distinguer l'athétose de l'hémichorée ordinaire, et de la trémulation qui se montre chez certains hémiplégiques lorsque le mouvement commence à revenir. Cette trémulation ou cette trépidation est caractérisée par de petites secousses convulsives qui ne ressemblent en rien aux mouvements grotesques de l'athétose. En outre, ces mouvements n'existent pas lorsque le membre est en repos.

Quant à la chorée vulgaire, elle se distingue de l'athétose, en ce qu'elle siége rarement sur une moitié du corps; en ce qu'elle ne succède point ordinairement à une apoplexie. Enfin, la longue durée de l'athétose, l'âge des sujets, la marche de la maladie permettront toujours d'établir le diagnostic.

En terminant, je ferai remarquer que le malade que je viens de présenter offre, avec ceux de Hammond, de Bernhardt et de M. Charcot, des caractères communs et des caractères différents. Dans chacun des cas, les mouvements sont semblables. Les caractères différents portent, chez mon malade, sur l'atrophie du côté qui est le siége des mouvements; chez ceux de Hammond, il y avait hypertrophie. Enfin, ce jeune homme n'a pas offert d'hémianesthésie qui a été observée par M. Charcot trois fois sur cinq, et qui avait été également constatée par Hammond.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

II. *Second ordre de cas.* — Les choses ne se passeront pas toujours d'une façon aussi simple, Messieurs, et déjà je vous ai laissé entrevoir les résistances qui pourront vous être opposées. A votre injonction de suspendre l'allaitement, dans les conditions même où il est le plus indiqué de le suspendre, il vous sera parfois

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 19, 31 mai, 26 juin, 7 et 30 août.

années, les journaux d'Europe ont cité quelques faits de jeunes Japonais qui, à New-York et à Berlin, ont soutenu les épreuves du doctorat avec un tel succès, qu'ils l'ont emporté sur tous les candidats du pays; mais c'est là une espèce de miracle qui, j'en suis certain, ne se produirait pas devant nos Facultés de France. Pour moi, j'ai la conviction, partagée par beaucoup de personnes compétentes, que, avec le système d'éducation *actuellement* en usage et les idées fausses qui en sont la conséquence, les Japonais auront bien de la peine à obtenir des résultats sérieux; mais je crois aussi que, lorsqu'ils auront l'habitude de raisonner, de réfléchir, de tirer d'un principe des conclusions rigoureuses, lorsque, en un mot, l'ordre et la méthode auront remplacé la confusion et le vague dans leurs idées, alors ils pourront être des médecins réellement dignes de ce nom.

Je n'ai, du reste, aucune prétention à être prophète, et, dans quelques années, il sera possible de savoir si mes opinions sont justes; en tous cas, le spectacle de l'état actuel de la médecine au Japon est tellement déplorable, que je ne demanderais pas mieux que d'avoir tort le plus tôt possible, et de voir enfin de véritables médecins prendre la place des ignares charlatans qui couvrent le pays.

Dr VIDAL,
Médecin de l'arsenal impérial maritime de Yokoska (Japon).

répondu par un refus formel, péremptoire, absolu. Cela est rare, mais cela se voit quelquefois. J'en ai rencontré déjà trois cas dans ma pratique. « Y pensez-vous? — vous diront certains parents. — Sevrer notre enfant dans les conditions de faiblesse et de maladie où il se trouve! C'est le tuer. Si la nourrice est contagionnée, ce sera un malheur, c'est vrai; mais, entre deux malheurs, libre à nous de choisir le moindre. *Notre enfant avant tout!* D'ailleurs, si la nourrice prend quelque mal, eh bien, nous la traiterons, et nous l'indemniserons. Avec de l'argent, tout sera dit ». Il se pourra même (veuillez vous y attendre pour n'en être pas surpris) que ces mêmes parents vous reprochent non sans aigreur de prendre plus souci des intérêts de la nourrice, « d'une mercenaire inconnue », que des leurs propres. Je n'exagère rien, croyez-le.

La situation, vous le voyez, devient alors des plus tendues. En pareilles circonstances, que devrez-vous faire?

D'abord, essayer par voie de persuasion de ramener à votre sentiment ces parents égarés. Car, s'ils vous tiennent un langage si digne de blâme, ce n'est pas toujours qu'ils soient de mauvaises gens. Non. Ce sont souvent des gens simplement aveuglés par l'égoïsme de famille, qui ne se rendent pas un compte exact de la situation, et à qui il faut expliquer cette situation, avec les conséquences morales et matérielles qu'elle comporte. Rien d'impossible, d'ailleurs, à ce que, éclairés, morigénés par vous, ils reviennent sur leur résolution première.

Mais enfin, s'ils persistent quand même, si, malgré tous vos avis, toutes vos remontrances, ils s'obstinent à vouloir risquer à leur profit la santé de la nourrice, quel parti devrez-vous prendre, quelle conduite allez-vous tenir? Notez bien, je vous prie, que la mauvaise action qui va être commise vis à vis de cette nourrice ne compromet pas seulement votre client. Elle engage aussi votre responsabilité, à vous médecin; car, à moins d'une protestation patente de votre part, personne ne croira qu'une famille ait pris une résolution aussi grave, dans des circonstances aussi périlleuses, sans l'avis, — que dis-je! — sans l'assentiment, la participation de son médecin. Et si un malheur arrive plus tard (comme cela est presque inévitable), si la nourrice vient à être contagionnée, savez-vous quel est celui que la rumeur publique, que l'indignation publique rendra le premier responsable? Savez-vous quel sera le premier accusé? Le *médecin*, toujours le médecin. « Si le médecin avait parlé, dira-t-on, s'il n'avait pas fermé les yeux par complaisance, s'il avait averti de ce qui devait arriver, cela ne serait pas arrivé. *Le vrai coupable, c'est le médecin.* » Ainsi raisonne le public, Messieurs ; je vous le certifie, je vous l'affirme par expérience.

Donc, tenez-vous sur vos gardes et redoublez d'attention. Car, c'est vous-même, vous aussi, qui vous trouvez en cause dans les circonstances actuelles.

En fin de compte, — j'arrive au but — comment vous tirer de ce mauvais pas? Permettez-moi de vous proposer mon procédé.

Le désaccord est accompli, la brouille est formelle entre vous, médecin, qui voulez suspendre l'allaitement, et les parents du nourrisson qui veulent garder la nourrice. Ce qui vous reste à faire, d'après moi, se résume en trois points, à savoir :

1° Formuler d'abord par écrit le traitement et l'hygiène que vous conseillez pour l'enfant;

2° Au-dessous de cette formule, — immédiatement au-dessous, de façon à ce que l'appendice qui va suivre ne puisse par hasard ou intentionnellement être détaché de l'ordonnance, — au-dessous, dis-je, de la formule prescrite, ajouter bien lisiblement, ne pas oublier d'ajouter ceci :

IMPOSSIBILITÉ ABSOLUE DE CONTINUER L'ALLAITEMENT PAR LA NOURRICE.

Dater et signer.

Pourquoi le dit appendice, pourquoi ces précautions? Tout simplement, pour qu'à un jour donné aucune récrimination ne puisse être élevée contre vous. N'oubliez pas que vous êtes en mauvaise société. Si, le malheur arrivé, on venait à vous inquiéter; si la nourrice vous mettait en cause (comme cela s'est vu) dans une

demande en dommages-intérêts, si la famille se retournait contre vous en disant comme excuse : « Mais nous ne savions pas, mais notre médecin ne nous avait pas avertis », votre réponse unique et péremptoire à toutes ces accusations serait la suivante : *Veuillez lire ma prescription.* Et cela seul suffirait à vous décharger de toute responsabilité.

3° Ce n'est pas tout encore. En remettant au père ladite prescription, achevez d'affirmer en quelques mots votre situation et la sienne.

« Je regrette, Monsieur, lui direz-vous, de n'avoir pu vous convaincre, et je souhaite que vous n'ayez pas à vous repentir d'avoir persisté dans votre résolution. En tout cas, je ne saurais m'associer à l'acte que vous allez commettre, parce que je le juge mauvais. Et, comme ce serait le couvrir de ma responsabilité que de continuer mes visites en de telles conditions, vous me permettrez de me retirer; veuillez ne plus compter sur mes soins désormais. »

Car une rupture entre vous et la famille est absolument *nécessaire*, indispensable, en pareil cas. Votre dignité, le souci de votre responsabilité vous l'impose. Il n'est pas d'hésitation possible sur ce point.

Poursuivez enfin, si vous m'en croyez, de la façon suivante :

« Je ne saurais vous quitter toutefois, Monsieur, sans vous faire encore une déclaration qui nous intéresse l'un et l'autre. Il est possible — c'est assez l'usage en pareilles circonstances — que votre nourrice vienne aujourd'hui ou demain me consulter dans mon cabinet et me demander si elle peut, oui ou non, continuer à nourrir votre enfant. Soyez pleinement rassuré, je ne dirai rien de ce qui s'est passé entre nous. Car, ce que je sais de votre maladie et de celle de votre enfant, je le sais à titre confidentiel, et le secret médical m'impose l'obligation de n'en pas révéler un seul mot à qui que ce soit. Mais n'attendez pas de moi, certes, que je réponde à cette nourrice qu'elle peut continuer à nourrir; cela serait de ma part la pire action à commettre. *Je me tairai*, voilà tout. Que si mon silence est considéré comme une révélation, je n'y puis rien. Je vous dois le silence, mais rien de plus. Et vous ne sauriez exiger de moi un mensonge, qui, pour vous êtes profitable, compromettrait gravement et la santé d'autrui et ma responsabilité propre. »

« Et vous vous retirez ainsi? me direz-vous, Messieurs. Mais alors, vous abandonnez donc la nourrice? Vous ne lui parlez pas, vous ne la prévenez pas séance tenante; vous ne la ferez pas prévenir indirectement, par une lettre, par un tiers, par un avis quelconque? »

Eh bien, oui, vous répondrai-je, je me retire, et me retire ainsi. Et quel moyen d'agir autrement? Ai-je la liberté, contre la volonté du père, de mettre la nourrice au fait de la situation présente? Alors même que j'en aurais la faculté matérielle, en aurais-je la liberté morale?

Non, je ne préviendrai ni ne ferai prévenir la nourrice du danger qui la menace, et cela par aucuns moyens, tels qu'avis indirects, lettres, avertissements en sous-main, etc. Car de tels procédés constitueraient la délation par excellence, la dénonciation vile, que n'excuserait pas l'intention la meilleure. Nous devons, nous médecins, le secret absolu à nos clients, *même à ceux qui le méritent le moins.*

Que voulez-vous? Je n'ai pas déserté la cause de la nourrice. J'ai combattu pour la nourrice tant que j'ai pu. J'ai essayé de la protéger dans la mesure où il m'était permis de le faire, et par tous les moyens que j'avais à ma disposition. A preuve ce dernier paragraphe de mon ordonnance, qui laisse écrite entre les mains du père sa propre condamnation. Mais je ne crois pas qu'il me soit permis d'aller plus loin dans cet office tutélaire, alors que j'ai épuisé tous les moyens honnêtes et légaux. Et je blâmerais le médecin qui, obéissant même à l'intention la plus honorable, dépasserait en ce sens la mesure de la légalité.

Protection, mais non délation. Je reste toujours fidèle à cette devise, puisqu'en elle se résume la ligne de conduite que me dictent à la fois ma conscience et le respect dû à nos lois.

Tels sont, Messieurs, les préceptes qui, je le crois, doivent diriger le médecin

dans les diverses situations si délicates que nous venons d'étudier. Je les livre à vos appréciations, et vous les jugerez à la pratique. Pour moi, ce que je puis vous en dire par expérience, c'est que je me suis toujours bien trouvé d'y soumettre ma conduite. Jusqu'ici, en effet, dans les occasions nombreuses où il m'a été donné de les appliquer, je n'ai eu à déplorer (réserve faite pour le cas spécial dont je vous ai entretenus précédemment) ni ces contagions si regrettables de nourrisson à nourrice, ni ces scandales si affligeants qui accompagnent la publicité donnée par une nourrice à la syphilis héréditaire d'un nourrisson.

En tout cas, c'est en obéissant à ces préceptes que le médecin évitera les surprises et les écueils si multiples dont est semée la route que nous venons de parcourir. C'est en obéissant à ces préceptes qu'il se gardera de ces erreurs, de ces défaillances, de ces *fautes* qui ont été parfois commises par quelques-uns de nos confrères en semblables circonstances, et qui restent inscrites dans les fastes judiciaires. C'est en obéissant à ces préceptes qu'il se gardera (je ne citerai que des exemples écrits et trop authentiques) de permettre l'allaitement d'un enfant syphilitique par une nourrice saine; — qu'il se gardera d'autoriser l'allaitement d'un tel enfant par une nourrice saine, même prévenue des dangers auxquels elle s'expose et librement consentante; — qu'il se gardera, à plus forte raison, d'engager une nourrice à recevoir un enfant syphilitique, en l'apitoyant sur son sort ou en lui promettant une augmentation de salaire; — qu'il se gardera de couvrir de son consentement la coupable manœuvre d'une famille qu'un froid et cynique calcul conduit à exposer, au profit de son enfant, la santé d'une nourrice inconsciente du danger auquel on l'expose; — qu'il se gardera « d'aller choisir lui-même, pour un nourrisson syphilitique, une nourrice à laquelle il proposera de prendre du mercure comme moyen de traiter l'enfant »; — qu'il se gardera d'aller choisir lui-même, pour un nourrisson syphilitique, une nourrice à laquelle il dissimulera la maladie de l'enfant, et à laquelle il administrera un traitement mercuriel déguisé sous un pseudonyme de fantaisie, etc., etc. (1).

Citer ces fautes, c'est assez les condamner, et je n'insisterai pas. D'autant que les éviter est chose facile, puisqu'une autre voie est ouverte au médecin, laquelle lui permet, comme je vous l'ai montré, et de conférer à la nourrice une protection presque toujours effective et efficace; — et d'épargner aux familles les scandales d'une déconsidération publique; — et de sauvegarder enfin ses intérêts propres, à lui médecin, avec la dignité de la profession.

Nous venons de discuter jusqu'ici la conduite à tenir dans la première des alternatives que nous avons posées, à savoir : nourrisson infecté et nourrice encore saine. Abordons actuellement la seconde, qui va nous fournir également nombre de sujets et de situations essentiellement dignes d'intérêt.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

(1) V. Tardieu, *Étude médico-légale sur les maladies accidentellement et involontairement produites par imprudence, négligence ou transmission contagieuse, comprenant l'histoire medico-légale de la syphilis et de ses divers modes de transmission.* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, t. XXI, Paris, 1864.)

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE, par A. Proust, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, secrétaire adjoint du Comité consultatif d'hygiène de France. Un vol. in-8°, avec 3 cartes coloriées. Paris, 1877 ; G. Masson, éditeur.

(Suite. — Voir l'Union Médicale du 28 août.)

Parmi les chapitres les mieux réussis de cet ouvrage, il faut signler ceux que l'auteur a consacré à l'hygiène professionnelle et industrielle. Le quart du volume, à peu près (près de 200 pages), contient l'exposé de la science sur ce sujet important. Voici le plan suivi par M. Proust dans l'indication des phénomènes pathologiques provoqués par les professions :

Éruptions professionnelles de cause externe, — professions produisant des colorations anormales et des altérations de la peau. — Éruptions professionnelles de cause interne, — professions provoquant des éruptions par absorption, — déformations et attitudes professionnelles, — troubles professionnels du côté des muscles, des aponévroses, des gaînes tendineuses, des os. — Accidents professionnels du côté de l'appareil respiratoire par l'inhalation de poussières, de gaz et de vapeurs irritantes. — Troubles professionnels du côté des appareils circulatoires, digestifs, nerveux, génito-urinaires. — Troubles professionnels du côté de l'organe de la vision. — Accidents professionnels dus à une intoxication. — Accidents professionnels ne rentrant dans aucune des classes précédentes.

Ce programme très-complet a été exécuté avec bonheur par M. Proust. Dans les chapitres consacrés aux éruptions professionnelles, on lira surtout avec intérêt ce qui est relatif aux éruptions déterminées par la fabrication du sulfate de quinine.

Le beau travail de M. Tardieu, sur les déformations et les attitudes professionnellps au point de vue de l'identité, a été résumé avec soin par M. Proust; de même a-t-il fait pour les recherches de Vernois et d'un grand nombre d'auteurs, sur l'influence de l'absorption des poussières animales, végétales et minérales, sur les maladies des voies aériennes.

Après s'être occupé, avec tout l'intérêt qu'elles méritent, des maladies cccasionnées par les professions manuelles et avoir indiqué les moyens de les prévenir, de les soulager ou de les guérir, on ne trouvera pas mauvais que M. Proust ait consacré trois ou quatre pages, au plus, aux accidents pathologiques qui frappent les professions dites libérales, et qui ne sont pas plus exemptes que les autres couches sociales de maladies et d'infirmités.

Écoutons M. Proust sur ce point :

« Presque toujours, dit-il, les grandes fonctions de la vie végétative, la digestion, la respiration, les sécrétions, s'accomplissent avec moins de vigueur (dans les professions libérales) que chez l'homme vivant d'une existence moins cérébrale. Aussi, la plupart des lettrés sont dyspeptiques; aussi plusieurs d'entre eux sont-ils atteints d'affection des voies urinaires et des autres infirmités qu'entraîne la vie sédentaire. Il est d'ailleurs certain que l'exercice des professions libérales prédispose d'une façon toute particulière aux maladies organiques du centre nerveux et à l'aliénation mentale. Les hémorrhagies, les ramollissements, les lésions de la moelle épinière, sont, proportionnellement, beaucoup plus fréquents chez les hommes de cette classe que chez les autres. Il en est de même de la folie proprement dite, ainsi que de la paralysie générale, qui frappe si souvent des cerveaux surmenés au moment même de leur plus beau développement intellectuel. . . . .

« . . . . . Il faut se rendre à l'évidence et reconnaître que l'exercice habituel, prépondérant, excessif, de l'intelligence, abrége la vie chez la plupart de ceux qui s'y livrent avec persévérance..... Malgré les chances défavorables de la guerre, la mortalité qui règne sur les civils paraît être quatre fois plus forte que celle des militaires..... Nous pourrions en dire autant pour les médecins, chez qui la moyenne de la vie est sensiblement inférieure, et cette infériorité s'accuse surtout chez les médecins scientifiques, les professeurs et les agrégés des Facultés, les médecins des hôpitaux civils et tous ceux, en général, qui, victimes de concours prolongés, se sont laissé surmener par suite d'un entraînement fatal. Tous ceux, en effet, qui ont suivi cette carrière à Paris ont conservé le souvenir de ceux qui, à peine arrivés, succombaient aux fatigues qui avaient débilité leur constitution ,et de ceux qui, avant de toucher le but, sont tombés épuisés sur la route.

« Il nous paraît inutile de poursuivre plus loin cette démonstration. Contentons-nous d'indiquer d'une façon sommaire les précautions qu'il convient de prendre pour éviter les dangers que peut avoir l'abus des forces intellectuelles.

« Il est absolument nécessaire, pour ceux que la nature n'a point doués d'une vigueur à toute épreuve, de maintenir un certain équilibre entre les diverses fonctions de l'organisme.

« Il faut donc, autant que possible, corriger les abus intellectuels par des exercices corporels sagement distribués. On ne saurait assez louer l'usage adopté dans toutes les Universités anglaises de mêler les exercices physiques aux travaux de l'esprit.

« La natation, la gymnastique, les jeux athlétiques, sont d'excellentes et utiles diversions qui empêchent le cerveau fatigué d'attirer à lui toutes les forces de la vie. Des excursions champêtres, des voyages à pied, peuvent dans une certaine mesure les remplacer, et cette salutaire habitude, depuis si longtemps adoptée en Suisse, tend aujourd'hui à se naturaliser parmi nous. Mais il ne suffit pas de fournir à l'enfant, à l'écolier qui grandit, un exercice utile au développement de ses forces, il faut aussi que l'adulte, fatigué par un travail incessant, trouve également le moyen de se dégourdir les muscles et de stimuler la vie physique trop souvent languissante chez lui. Les voyages, la chasse, l'équitation, sont, pour tous ceux qui peuvent en faire usage, d'excellents moyens hygiéniques. L'escrime peut rendre de grands services à ceux qui se trouvent dans l'impossibilité de quitter le centre de leurs affaires. Enfin,

la gymnastique dans toutes ses formes, et même la marche à pied sont des dérivatifs utiles pour ceux qui ne peuvent s'en procurer d'autres.

« Notons à ce sujet que, si l'écolier a besoin de vacances, elles ne sont pas moins nécessaires à l'adulte qui travaille, et surtout à l'homme qui vit d'un travail intellectuel. Sous ce rapport, les vacances des tribunaux sont admirablement comprises pour permettre aux magistrats, aux avocats et à tous ceux dont la vie se déroule aux pieds des tribunaux, de prendre un repos nécessaire. La plupart de nos savants, de nos professeurs, jouissent du même privilége et lui doivent en grande partie la conservation de leur santé et la prolongation de leur vie ; seul, le médecin entouré d'exigences impitoyables, et pouvant d'autant moins se reposer qu'il est plus fatigué, se voit refuser le privilége que s'attribuent avec raison les autres professions libérales ; aussi combien de nos maîtres n'ont-ils pas succombé aux fatigues vraiment excessives qu'ils avaient cru devoir accepter ! On paraît aujourd'hui comprendre mieux les choses en Angleterre (1), et les vacances des médecins sont généralement acceptées par le public. Il serait à désirer qu'une certaine analogie vînt à prévaloir en France, et que les hommes chargés de veiller à la santé publique ne fussent point placés, par la nature même de leur fonction, dans l'impossibilité de veiller à leur santé personnelle.

« Il arrive souvent que des cerveaux fatigués par un travail trop assidu, par une production trop abondante, demandent à des stimulants artificiels une vigueur qui leur échappe. Le thé, le café, le vin, l'alcool, l'opium même, sont employés tour à tour pour donner aux organes de l'intelligence une vigueur factice et leur permettre de supporter une charge au-dessus de leurs forces. Il est à peine nécessaire de montrer combien de telles pratiques sont funestes, non-seulement à la santé générale, mais à l'intelligence elle-même ; et s'il est des hommes qui, par une grâce d'état, semblent pouvoir braver impunément toutes les règles de l'hygiène cérébrale, il n'en est pas moins vrai que la plupart d'entre eux finissent tôt ou tard par porter la peine de leur imprudence.

« On sait enfin que souvent le travail forcé de l'esprit développe une ardeur génésique qui ne peut être regardée que comme un signe de l'excitation des centres nerveux. Les abus vénériens sont, en pareil cas, un soulagement trompeur qui aboutit à un affaiblissement inévitable.

« En résumé, l'hygiène des professions libérales pourrait se résumer en un seul mot : la sobriété, sobriété de travail, sobrité d'alimentation, sobriété à tous les points de vue. Est-il possible de réaliser cette condition ? Non, sans doute. Beaucoup d'entre nous sont condamnés par la force des choses à une vie qui détruit leur santé, et c'est une amère dérision de leur montrer le chemin qu'ils devraient suivre, lorsque tout conspire à les en éloigner. Pour nous, hygiénistes, nous croyons avoir fait notre devoir en indiquant le but vers lequel il faut tendre et les moyens d'y parvenir. »

Je ne demande pas pardon pour cette longue citation ; je la trouve à sa place dans un article fait pour être lu par une de ces professions libérales auxquelles M. Proust donne d'excellents conseils.

Viennent les parties et les chapitres consacrés à l'*air*, aux *aliments*, à l'*alimentation*. Dans le dernier chapitre de cette partie, M. Proust a écrit un Appendice sur la *nutrition* et la *chaleur animale*, où sont résumés avec une grande lucidité les travaux de Claude Bernard et de Gavarret. M. Proust dit avec raison que la grande question de l'alimentation domine, en quelque sorte, notre science, comme elle se retrouve plus ou moins déguisée, mais palpitante et impérieuse, derrière la plupart des manifestations de l'activité et des luttes humaines. C'est assez dire la portée pratique et sociale de tout ce qui a trait à l'alimentation ; mais celle-ci elle-même ne saurait être étudiée avec fruit, ni comprise sous toutes ses faces, sans la notion rigoureusement scientifique de l'ensemble des actes qui constituent la *nutrition*. Aussi M. Proust a-t-il donné un soin particulier à l'exposé de cette partie de la science qui domine la physiologie comme l'hygiène. Néanmoins M. Proust, partageant en cela les opinions de Claude Bernard sur notre ignorance des phénomènes de nutrition dans l'intimité histologique, a fait avec lui justice de la théorie cependant si séduisante de Liebig, de cette dichotomie qui paraissait simplifier la physiologie de la nutrition et faciliter l'hygiène de l'alimentation, et qui avait entraîné tout le monde savant. On ne croit plus aujourd'hui aux aliments plastiques ni aux aliments respiratoires.

Dans la partie consacrée à l'*eau*, M. Proust a écrit un chapitre où sont rappelées les recherches les plus récentes sur les eaux malsaines, sur les eaux d'égout ; il donne la composition chimique des eaux d'égout de Paris, et traite avec étendue de l'insalubrité des eaux industrielles. Quant à ce qui touche les eaux d'égout, voici la conclusion de M. Proust :

(1) Et en France aussi, comme le prouve le vide actuel de nos Sociétés savantes. (Note du rédacteur.)

« En résumé, les détritus des grandes villes, riches en matières fertilisantes de toutes sortes, empoisonnent rapidement les cours d'eau, et ne doivent point y être versées. Il faut éviter d'abord l'insalubrité qui résulte de la pollution perpétuelle des eaux potables. Il faut ensuite tenir compte de la valeur matérielle de ces engrais qui, lorsqu'ils ne servent pas à contaminer les rivières, sont jetés en pure perte dans la mer.

« En sa qualité de principal consommateur, l'homme absorbe les éléments qui, dans le sol, concourent à stimuler la végétation. S'il les rejette au loin sans les utiliser, il finira certainement par appauvrir la terre qui le nourrit ; aussi, dans un état bien organisé, doit-on s'efforcer de satisfaire à la double indication que nous avons signalée..... »

(A suivre.) A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION

Séance du 5 mai 1877. — Présidence de M. WIDAL.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu, mis aux voix et adopté.

La correspondance écrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Romiée, de Liége, adressant à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, la liste de ses travaux et un exemplaire des ouvrages suivants : *Le catarrhe du sac lacrymal. — Quelques considérations sur les tumeurs intra-oculaires de la cataracte.* (Rapporteur : M. Galezowski.)

2° Une lettre de M. le baron Larrey adressant à la Société, de la part de M. le professeur Joseph Tigri, de Toscane, une notice sur la vie et les travaux de son père, le professeur Otto Tigri, avec quelques-unes de ses publications.

—

L'ordre du jour appelle la discussion du travail de M. Meyer, sur les *altérations de l'œil dans le cours de la fièvre typhoïde.*

M. WIDAL donne lecture de l'observation suivante : *Kératite ulcéreuse développée dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, de forme adynamique.*

Gohain, soldat au 1er cuirassiers, est entré à l'hôpital du Gros-Caillou, le 10 février dernier, pour des symptômes nerveux vagues datant déjà de six jours, tels que céphalalgie intermittente, sentiment de lassitude, bourdonnements d'oreilles, inappétence, etc., le tout sans fièvre. Ces phénomènes, qui n'étaient que les prodromes d'une fièvre typhoïde, durent pendant tout un mois, avant que la dothiénentérie ne devienne évidente. Ce n'est qu'à partir du 7 mars que la température s'élève graduellement, et, dès lors, le malade tombe progressivement dans un état de prostration et d'adynamie extrêmes, avec stupeur profonde, ballonnement du ventre, selles abondantes et involontaires, subdélire nocturne, engouement pulmonaire, tremblement général, pouls misérable, refroidissement des extrémités, etc. Le 23 mars, c'est-à-dire dans le troisième septenaire et pendant que cet état grave et presque désespéré dure encore, les conjonctives palpébrales s'injectent, surtout celle de l'œil gauche, qui ne tarde pas à devenir le siége d'une sécrétion chassieuse très-abondante. Deux jours plus tard, on remarque un trouble léger du segment inférieur et externe de la cornée gauche, et, en y regardant de près, on constate une ulcération très-superficielle et très-étroite, de forme demi-lunaire, ressemblant à un coup d'ongle et occupant le point de jonction de la cornée et de la sclérotique. Cette ulcération s'élargit les jours suivants, en s'étendant, vers le centre de la cornée, sur une largeur de près de 3 millimètres, et sa surface se recouvre d'une matière pulpeuse, grisâtre, disséminée par petites plaques, et constituée sans doute par les débris de la conjonctive et des lames superficielles de la cornée. En même temps, une petite tache grisâtre se développe sur le centre même de la cornée, sous forme d'un léger nuage de 1 millimètre 1/2 d'étendue. Le malade n'accuse ni douleur, ni photophobie. Traitement : instillation journalière d'une goutte de solution d'atropine, et, trois fois par jour, d'une goutte de collyre au nitrate d'argent (30 centigrammes sur 20 grammes d'eau distillée).

Sous l'influence de ce traitement, et malgré la persistance de la fièvre et de l'état général si grave, l'affection locale s'améliore rapidement. Au bout de deux jours, la sécrétion chassieuse de la conjonctive disparaît et l'ulcération de la cornée commence à se déterger. La fièvre ne tombe que le 4 avril, après un mois de durée. La cicatrisation de la cornée s'opère progressivement, et le 10 avril, c'est-à-dire au bout de seize jours, cette membrane a repris toute sa transparence. Néanmoins, il s'est fait une perte de substance, et, à la place de l'ulcération, on remarque jusqu'à ce jour une dépression irrégulièrement arrondie, transparente d'ailleurs, mais

de moindre étendue que ne l'était l'ulcération. La tache centrale de la cornée, après avoir survécu d'une dizaine de jours à la kératite ulcéreuse, s'est dissipée finalement sous l'influence d'une insufflation journalière de calomel en poudre.

M. le docteur GALEZOWSKI, discutant les diverses parties du travail de M. Meyer, communique à la Société le résultat de ses nombreuses recherches sur les lésions oculaires dans le cours de la fièvre typhoïde. La Société, après avoir écouté avec un vif intérêt la lecture de M. Galezowski, décide qu'elle sera reproduite avec le mémoire de M. Meyer dans ses *Bulletins*. (Voy. UNION MÉDICALE du 12 juin 1877.)

—

M. le docteur Jules BESNIER commence la lecture d'un long et remarquable travail intitulé : *Contribution à l'étude des hématocèles intra-pariétales et notamment des hématocèles par néo-membranes pelviennes.* — La fin de la lecture de ce travail est remise à la séance de juin.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr HALLÉ.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA TEIGNE TONSURANTE. — LADREIT DE LACHARRIÈRE.

Pour éviter l'épilation, qui est toujours douloureuse, quelque procédé qu'on emploie, l'auteur frictionne le cuir chevelu avec un cosmétique composé de beurre de cacao et de cire blanche, auquel on incorpore 50 pour 100 d'huile de croton. Seulement, si la teigne a envahi la plus grande partie du cuir chevelu, on n'opère la friction que sur une portion de la tête.

Le cuir chevelu présente d'abord une légère tuméfaction et un peu de sensibilité, puis on voit apparaître de très-petites vésicules juxtaposées, qui se réunissent et forment des croûtes semblables à celles de l'impétigo. On provoque la chute de ces croûtes à l'aide de cataplasmes, qui entraînent les cheveux, et les éléments anatomiques de la teigne, puis on panse avec de la glycérine. Bientôt les cheveux repoussent souples et abondants. La durée du traitement est de six semaines à deux mois. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 4 SEPTEMBRE 1548.

Une maladie contagieuse a envahi la Conciergerie de Paris. Voici ce que nous lisons dans un registre Ms :

« La Cour (du Parlement), advertie du danger de peste encommancé en la Conciergerie du Palais, et duquel plusieurs prisonniers détenus en icelle, ont ja esté frapez, ainsi qu'il a esté rapporté par Me Jean Maillard, commis en l'absence et empeschement de Me Michel du Monceau, pour voir et visiter les prisonniers de lad. Conciergerie..... A ordonné et ordonne que pour obvier à ce que plus grand inconvénient ne advienne auxd. prisonniers, que ceux que ledit Maillard et le chirurgien de lad. Conciergerie trouveront entachez d'infection pestilentielle, seront envoyés promptement et sans délay en la maison et Hostel Dieu de cette ville de Paris pour illec estre pansez, nouris, et medicamentez..... »

Jean Maillard et Michel du Monceau appartenaient tous deux à la Faculté de Paris, où ils avaient occupé le décanat. — A. CH.

COURRIER

L'HÔPITAL DE LEVALLOIS-PERRET. — Sir Richard Wallace et lady Wallace sont allés ces jours derniers à Levallois-Perret pour assister à l'inauguration de l'hôpital destiné à recevoir les Anglais indigents établis en France, et qui portera le nom de Hertfort.

Les constructions étaient ornées de drapeaux anglais. L'accueil le plus sympathique a été fait aux généreux bienfaiteurs.

Sir Richard Wallace a prononcé quelques paroles très-goûtées, et se terminant ainsi :

« Si cette fondation est destinée uniquement aux Anglais, il ne faut pas oublier qu'il existe à Londres un vaste hôpital pour les Français pauvres, qui est entretenu principalement par la charité anglaise. »

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pendant que les trois quarts environ des membres de l'Académie sont en villégiature, quelques-uns de ceux que leur devoir ramène encore tous les mardis dans la salle de la rue des Saints-Pères font les plus louables efforts pour remplir le programme de plus en plus restreint de l'ordre du jour.

Aujourd'hui nous avons eu une dissertation savante de M. Dechambre sous forme de réponse à une réclamation adressée à l'Académie de médecine par l'auteur d'un livre sur la *Symétrie ou proportions du beau*, présenté dernièrement à la savante Compagnie par M. Dechambre lui-même.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. J. Guérin a lu une note sur le traitement abortif des localisations aiguës du rhumatisme et de la goutte, que l'on trouvera *in extenso* au compte rendu de la séance.

Puis une simple présentation d'instrument, un nouveau tube laryngien imaginé par M. Tarnier et M. Ribemont, interne à la Maternité, a donné lieu à une discussion, non moins vive qu'intéressante, entre M. Tarnier et M. Depaul sur les avantages et les inconvénients réciproques de l'ancien et le nouvel instrument. M. Depaul a soutenu énergiquement l'ancien; M. Tarnier a pris non moins vivement parti pour le nouveau, et tous les deux, combattant ainsi un peu *pro aris et focis*, se sont livrés à une joûte brillante qui a été l'intérêt de la séance.

Celle-ci a été terminée par la lecture d'une courte note de M. Bouchardat sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, et par une réponse de M. J. Guérin, qui a défendu contre les critiques de M. Bouchardat ses expériences sur les lapins auxquels il a injecté sous la peau les matières fécales des typhiques. A. T.

CLINIQUE MÉDICALE

RHUMATISME CÉRÉBRAL; GUÉRISON RAPIDE PAR LES BAINS FROIDS;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 22 juin 1877,

Par le docteur VALLIN, professeur au Val-de-Grâce.

Au moment même où naissait ici, presque à l'improviste, la discussion sur l'emploi de l'eau froide dans la fièvre typhoïde, je me proposais de rappeler l'attention de la Société sur la valeur de cette médication dans le rhumatisme cérébral. Il y a deux ans, les communications de MM. Raynaud, Blachez, Féréol, Dujardin-Beaumetz, avaient causé un certain émoi dans le milieu médical, et c'est à cette occasion qu'un de nos collègues demandait s'il n'y avait pas quelque danger à donner à de telles hardiesses thérapeutiques la notoriété qui s'attache à vos travaux. La longue discussion qui vient de se terminer ne permet pas de revenir longuement sur cette médication balnéaire; toutefois, à deux ans d'intervalle, il serait peut-être utile de savoir si les craintes exprimées alors étaient fondées, ou si de nombreux succès sont venus justifier les espérances que nos savants collègues fondaient sur ce traitement. Je viens, après M. Féréol, fournir ma modeste contribution et vous soumettre un cas d'encéphalopathie rhumatismale grave, où j'ai obtenu, par ce moyen, une guérison rapide.

M. L..., âgé de 42 ans, d'une constitution primitivement forte, mais un peu épuisée, menant une vie sobre et régulière, d'une santé habituellement bonne, ressentit, le 18 juillet 1875, un malaise général, de l'anorexie, de la courbature; le lendemain apparaissaient une fièvre modérée et des douleurs très-vives dans les articulations des membres supérieurs. Les jours suivants, la fièvre augmenta d'intensité, et les fluxions rhumatismales envahirent successivement les articulations des épaules, des genoux et des pieds; les jointures étaient rouges, tuméfiées, extrêmement douloureuses à la pression, et les moindres mouvements arrachaient des cris au malade.

Malgré l'emploi de doses modérées de sulfate de quinine, la fièvre persista, et, le 2 août,

M. le docteur Léger, qui soignait le malade, constata une endocardite commençante; un vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale.

Le 3, les articulations tibio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes des deux côtés étaient rouges, gonflées, extrêmement douloureuses; les genoux conservaient encore une grande sensibilité; la fièvre était assez intense, mais le malade avait sa connaissance entière; il n'y avait même pas de rêvasseries ni d'agitation pendant la nuit.

Le lendemain, 4 août, un changement brusque survient dans l'état du malade : la fièvre a beaucoup augmenté, la peau est brûlante, les articulations, qui, la veille, étaient rouges, gonflées, très-douloureuses, sont pâles et à peine sensibles; on peut les fléchir sans provoquer de douleur évidente. Cette disparition soudaine des fluxions articulaires coïncide avec l'apparition d'un délire qui a commencé brusquement à la fin de la nuit, et qui, dans la journée, prend un caractère très-violent.

M. Léger administre du bromure de potassium, applique successivement plusieurs sangsues aux apophyses mastoïdes; le délire augmente pendant la journée du 5 août; le malade parle incessamment et avec une grande violence; il tient des propos tout à fait incohérents, et on a de la peine à le retenir dans son lit.

A la suite d'une nuit très-agitée, M. le docteur Léger voulut bien m'appeler en consultation auprès de son malade, et c'est le 6 août, à 10 heures du matin, que je vis pour la première fois M. L...; je le trouvai dans l'état suivant :

6 août. La face est animée, anxieuse, un peu livide; les yeux sont injectés et égarés; les pupilles ne sont pas notablement contractées, mais elles sont insensibles aux changements d'éclairage; les lèvres et la langue sont agitées de palpitations musculaires; les mains sont tremblantes, comme dans les formes ataxiques de la fièvre typhoïde. Le malade parle avec une grande violence, tient des propos incohérents, ne comprend pas les questions qu'on lui adresse et semble ne pas reconnaître les personnes qui l'entourent. Il s'agite violemment dans son lit et remue sans aucune peine les articulations qui, il y a trois jours, étaient si douloureuses; en pressant assez fortement sur les malléoles des deux pieds et l'articulation du genou, je ne réussis pas à attirer l'attention du malade; les articulations du membre supérieur, de la mâchoire, des vertèbres, paraissent libres. La peau est brûlante, couverte de sueur, avec une éruption miliaire très-confluente, formée de grosses vésicules remplies d'une sérosité un peu trouble.

La température axillaire, mesurée avec un thermomètre très-sûr, marquait + 41°,4 à onze heures du matin; le pouls était régulier, large, mais mou, peu résistant, à 108-112 ; en palpant le pouls, on perçoit des soubresauts de tendons. Les battements du cœur sont superficiels, sans déplacement; la matité est normale; on entend, à la pointe, un souffle systolique rude qui occupe la moitié inférieure du champ précordial, mais qui disparaît à mesure qu'on gagne les premières articulations sterno-costales. Il n'y a aucune complication pulmonaire; les fonctions digestives sont à peu près normales, l'urine est rare, très-chargée, non albumineuse.

Au premier abord, l'aspect général du malade, la forme bruyanle de son délire, les tremblements musculaires de la face, de la langue et des membres, avaient porté mon attention sur la possibilité d'habitudes alcooliques antérieures, favorisant le développement d'accidents nerveux au cours d'une affection fébrile; mes interrogations, sur ce point, furent très-instantes, mais la femme et les commensaux habituels du malade nous affirmèrent qu'il avait une vie très-régulière, sobre, et qu'il ne faisait jamais aucun excès de boisson. D'ailleurs, en poursuivant l'examen, l'élévation extraordinaire de la température, la disparition soudaine des douleurs et des gonflements articulaires coïncidant avec le développement brusque du délire, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic, et non plus sur la gravité du pronostic. Le danger était imminent, il fallait intervenir sans retard. Le bromure de potassium, employé à la dose de 4 à 6 grammes pendant deux jours, n'avait produit aucun effet ; l'état général du malade, la mollesse du pouls, l'insuccès des émissions sanguines locales, ne permettaient pas d'espérer beaucoup de l'ouverture de la veine. La source principale du danger était évidemment l'excès de la température fébrile; dans toute maladie aigüe, une température axillaire de + 41°,4, *le matin,* est du plus fâcheux augure; dans le rhumatisme articulaire, où la chaleur reste d'ordinaire modérée, un pareil chiffre est d'un pronostic fatal. Pour peu qu'une telle température persiste, le cœur se paralyse, le collapsus survient, et le malade tombe dans le coma. Si l'on ne voulait pas être surpris par ces accidents ultimes, il fallait donc, avant tout, agir rapidement; la digitale, le sulfate de quinine, déjà employés, me paraissaient, à ce point de vue, insuffisants. Je me décidai, non sans hésiter, à recourir aux bains froids, et M. le docteur Léger voulut bien se ranger à mon avis : il fut convenu qu'on les renouvellerait de quatre heures en quatre heures, jusqu'à ce que les accidents fussent apaisés (en outre, 1 gramme de calomel en deux doses).

Le malade est immédiatement plongé dans une baignoire remplie d'eau à + 24° centigrades;

il se débat, mais simplement par le fait du délire, car il ne semble pas péniblement impressionné par le contact de l'eau froide; il n'y a pas d'horripilation, ni de tremblement appréciable. Au bout de vingt minutes, l'eau est refroidie à + 20°, et le malade y reste en tout pendant trente minutes. Il continue de déraisonner, les soubresauts vermiculaires de la face et des lèvres persistent. Au sortir du bain, le malade est enveloppé dans un drap étendu sur le lit, sans autre couverture (nous étions au mois d'août); au bout d'un quart d'heure, on remplace le drap devenu humide par un drap sec et une couverture très-légère. A ce moment, la température axillaire tombe à + 38°, le délire a cessé momentanément, le malade reste immobile, sans parler, mais il est abattu et ne répond pas aux questions qu'on lui adresse.

A quatre heures, la température s'est notablement relevée, le délire a reparu, et M. Léger fait plonger le malade dans le même bain, dont la température est amenée à + 23°. Le délire se calme assez rapidement dans le bain, qui est très-bien supporté et dure trente-cinq minutes; la température axillaire, au sortir du bain, n'était que de 37°,6.

Les mêmes alternatives se reproduisirent dans la soirée; M. Léger fit donner un troisième bain à huit heures du soir, et un quatrième à minuit.

Le lendemain, 7 août, je constate une amélioration évidente; le délire a reparu pendant la nuit, mais, ce matin, la face est calme, reposée; le malade est prostré, il répond d'une façon très-brève, mais sensée, aux questions qu'on lui adresse; la peau est moite, d'une chaleur douce; la température axillaire est à 38°,4, le pouls à 34°; le souffle systolique du cœur persiste sans changement. Les articulations sont complétement libres; les mouvements étendus et la pression n'y développent aucune douleur. La constipation dure depuis deux jours, malgré le calomel pris hier; il n'y a pas eu d'urine rendue depuis vingt-quatre heures (excepté peut-être dans le bain); la vessie n'est que faiblement distendue. Le malade demande à manger, mais il est immobile, prostré, ferme souvent les yeux; il accuse de la lourdeur de tête et semble avoir une grande répugnance à répondre quand on lui parle. La persistance de cet état cérébral m'engage à continuer l'administration des bains, dont nous nous sommes si bien trouvés, que le malade accepte volontiers et que réclame presque son entourage.

Un cinquième bain est donné à midi, un sixième à six heures du soir; au bout d'un quart d'heure, le malade y ressent pour la première fois un violent frisson avec claquements de dents; mais il a toute sa connaissance, cause sensément et ne demande pas à être retiré du bain. On ne l'y laisse chaque fois que vingt à vingt-cinq minutes, et, aussitôt après, il tombe dans un sommeil tranquille qui dure au moins une heure. Évacuations alvine et vésicale dans la journée.

Le soir, les articulations des pieds, qui, le matin, étaient insensibles, sont devenues gonflées et douloureuses; la peau est chaude, quoique la température axillaire ne dépasse pas + 38°,5. Le malade est calme, il semble comprendre tout ce qu'on lui dit, mais il reste dans une immobilité absolue, refuse de parler et paraît être dans une sorte de coma très-incomplet. Pendant la nuit, de une heure à quatre heures du matin, l'agitation est très-violente, le délire a reparu, aussi fort qu'au début; la peau est brûlante, inondée de sueur, et le malade veut constamment quitter son lit.

Le 8, au matin, nous trouvons le malade plus calme, mais la sueur est profuse, la peau est chaude, le pouls est à 92, la température axillaire à 38°,8; les articulations des deux pieds sont un peu sensibles à la pression, mais il n'y a plus trace du gonflement que M. le docteur Léger y avait constaté la veille au soir. Nous faisons administrer immédiatement un septième bain à + 22°; le malade se trouve bien en y entrant; au bout d'un quart d'heure survient un frisson violent, avec tremblement de tout le corps; après vingt-cinq minutes d'immersion, le malade est remis sur son lit, enveloppé d'un simple drap; le frisson persiste pendant au moins un quart d'heure. Le malade répond avec une lucidité parfaite à toutes les questions qu'on lui adresse; il accuse un grand sentiment de bien-être, malgré la trépidation qui agite encore ses membres et la teinte violacée de la face et des extrémités. Un quart d'heure après le bain, quand le frisson a cessé, nous prenons la température axillaire, et, quoique le thermomètre soit resté en place pendant près de vingt minutes, il ne dépasse pas + 35°,6. La céphalalgie cesse, la langue est blanche, mais humide; l'appétit reparaît : on accorde trois potages et 100 grammes de vin de Malaga.

A partir de ce moment, les accidents graves disparurent; je cessai de voir le malade, mais, quinze jours après, M. le docteur Léger me confirmait la convalescence régulière et la guérison complète de notre malade.

En résumé, au cours d'un rhumatisme polyarticulaire aigu, avec fièvre modérée, on voit plusieurs fluxions articulaires disparaître brusquement, en moins de vingt-quatre heures, et être remplacées, du soir au matin, par un délire violent et persistant; ces accidents cérébraux coïncident avec une température excessive

(+ 41°,4 à dix heures du matin), des sueurs profuses et une éruption miliaire très-confluente. Les bains froids à + 23°, prolongés pendant vingt-cinq à trente minutes, amènent presque immédiatement une diminution, puis une suspension prolongée du délire, un abaissement notable et assez persistant de la température : quatre bains sont donnés le premier jour, deux autres le lendemain ; une recrudescence du délire et de la fièvre nécessite, le troisième jour, un septième bain, après lequel la convalescence suit régulièrement son cours. La chaleur fébrile et le délire cédèrent assez rapidement, mais il persistait une certaine hébétude, une sorte de torpeur cérébrale qui nous faisait redouter le coma, et nous conduisit à continuer les bains froids au delà de la mesure exigée par l'excès de température. Il y avait ici une trace légère de cette dissociation des désordres ataxiques et des troubles intellectuels, sur laquelle M. Raynaud a insisté dans une de ses intéressantes communications.

Je ne crois pas avoir à justifier l'emploi, dans ce cas particulier, d'un moyen aussi énergique, je dirais presque aussi révolutionnaire, que les bains froids contre le rhumatisme fébrile. L'accident le plus redoutable de l'encéphalopathie rhumatismale, le coma, n'existait pas, il est vrai, mais je crois qu'il était imminent, en raison de l'élévation extrême de la température. *A priori*, quel que puisse être le danger d'un refroidissement violent, brusque et prolongé du corps dans une affection fébrile, jamais ce danger ne pourra être comparé à celui qu'entraîne une température supérieure à + 41° ; ne pas intervenir immédiatement devant un tel chiffre, c'est se croiser les bras devant un incendie limité au premier étage, attendant pour agir que le feu ait détruit une partie de la maison. Dans les expériences nombreuses d'insolation et de caléfaction artificielle que nous avons faites jadis sur les animaux (*Archives de médecine*, 1870 et 1871), nous voyons presque toujours le refroidissement mécanique, les aspersions froides, arrêter les accidents et empêcher la mort, quand nous y recourions dans la période d'agitation violente ; au contraire, dès que la respiration avait commencé à perdre de son extrême fréquence, quand l'animal cessait de se débattre et semblait se calmer, c'est-à-dire dans une période assez comparable au coma, toutes les tentatives de réfrigération étaient vaines, et la mort était inévitable. Nous avons la conviction que, si nous avions retardé de vingt-quatre heures l'administration des bains froids, le délire et la fièvre, au lieu de s'apaiser après le premier et surtout après le deuxième bain, auraient résisté bien au delà, comme dans la remarquable observation de M. Blachez, où l'intelligence ne reparut que le quatrième jour, après le onzième bain.

Toutefois, ce traitement nous paraît devoir être réservé pour les cas exceptionnels ; si on y a recours seulement lorsque la température mesurée au thermomètre dépasse + 41°, il n'y a pas à craindre qu'on en fasse abus. Or, dans ces cas d'accidents cérébraux avec hyperthermie, quelle autre ressource pouvons-nous opposer à un danger de mort presque imminent ? C'est sous ces réserves que les bains froids me paraissent appelés à rendre de grands services, et je serais heureux de voir cet espoir confirmé par les résultats de la pratique de plusieurs de nos collègues.

CONSTITUTION MÉDICALE

AVRIL, MAI ET JUIN 1877

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juillet 1877 (1),

Par M. Ernest Besnier.

BORDEAUX. — M. HENRI GINTRAC.

« Pneumonies nombreuses, souvent accompagnées de catarrhe bronchique, et même de catarrhe gastro-intestinal ; apoplexies pulmonaires. Bronchites capillaires, quelques-unes à

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 9, 11, 21, 23 août et 1er septembre.

forme asphyxique. Phthisies pulmonaires qui, dans le mois d'avril, ont offert un chiffre de décès considérable. Coqueluches avec caractère épidémique. Pleurésies avec épanchements, lesquels n'ont pas cependant exigé la thoracentèse. Diphthérie épidémique à l'hôpital des Enfants; la rapidité dans l'invasion des phénomènes généraux n'a point permis de pratiquer la trachéotomie. Rhumatismes ayant offert, en général, une certaine bénignité. Fièvres typhoïdes le plus habituellement simples. Fièvres intermittentes à types quotidien et tierce très-nombreuses dans le quartier nord de la ville, dues certainement à l'insalubrité des rues et à des fouilles de terrain faites pour les constructions des docks. Varioles nombreuses, principalement dans le sud de la ville. Plusieurs ont offert la forme hémorrhagique. »

LYON. — M. MAYET.

Statistique mensuelle des entrées et décès des maladies principales dans les hôpitaux de Lyon pendant le second trimestre de 1877.

Maladies	Avril		Mai		Juin	
	Entr.	Décès.	Entr.	Décès.	Entr.	Décès.
Variole et varioloïde	22	5	21	4	17	2
Varicelle	2	»	2	»	1	»
Rougeole	2	»	3	»	4	2
Scarlatine	»	»	1	»	1	»
Coqueluche	17	3	13	6	10	»
Fièvre typhoïde	3	2	2	»	13	2
Diphthérie (1)	1	2	»	1	»	2
Érysipèles (2)	9	2	9	2	13	2
Rhumatisme articulaire aigu	36	»	47	1	36	2
Fièvre catarrhale	2	»	»	»	4	»
Laryngites	4	»	1	»	»	»
Bronchites	82	11	64	16	54	12
Pneumonies	25	7	30	14	19	5
Pleurésies	10 (3)	1	17 (4)	2	8 (5)	1
Phthisie pulmonaire	119	57	126	52	124	43
Angines	8	»	3	»	9	»
Entérites et gastro-entérites (6)	12	10	17	8	22	12
Ictères	»	»	4	»	1	»

(1) Les entrées ne comprennent que les cas des services de médecine; les décès, ceux de médecine et de chirurgie.

(2) Les érysipèles chirurgicaux ne sont pas compris.

(3) Tous les cas aigus.

(4) Cas aigus, 9 ; chroniques, 8.

(5) Cas aigus, 6 ; chroniques, 2.

(6) La mortalité relativement considérable est due aux entérites et gastro-entérites infantiles.

TOULOUSE. — M. BONNEMAISON.

« Pendant le deuxième trimestre, la température a été généralement élevée, atteignant parfois, en avril, un maximum de 24°, de 29° en mai, et de 35° en juin. Les deux premiers mois ont été surtout marqués par de fréquentes pluies et par une humidité presque constante. La pression barométrique a tout le temps été faible.

La constitution médicale de ce trimestre n'a, pour ainsi dire, pas varié. Les affections catarrhales se sont maintenues à un degré de fréquence extrême, mais sont demeurées sans gravité. Les bronchites, les angines, les oreillons, les pneumonies, les pleurésies, les ictères, les rhumatismes, ont particulièrement sévi sur la population civile et militaire. Mais, sur ce point, une remarque doit être faite, c'est que, le plus souvent, les pneumonies ont pris la forme abortive ou franchement inflammatoire; que les pleurésies ont été de courte durée, souvent sèches, ou avec épanchements modérés, guérissant par les moyens médicaux ordinaires; que les rhumatismes ont été presque toujours d'une grande bénignité, malgré le nombre parfois insolite des complications observées. Ainsi, à l'hôpital Saint-Jacques, nous avons eu à traiter, par les médications traditionnelles, des cas de rhumatisme avec épanchements pleurétiques, des péricardites et des endocardites sur les mêmes malades, qui n'en ont pas moins guéri complétement et assez vite.

Jamais, d'ailleurs, comme pendant ce trimestre, nous n'avons constaté une pareille bénignité

dans toutes sortes de maladies. La constitution médicale n'a cessé d'être satisfaisante, et aucune épidémie nosocomiale ne s'est montrée, malgré les craintes que l'on a pu concevoir un instant pour les femmes en couches. La seule affection épidémique observée a été la coqueluche, bénigne d'ailleurs, qui a présenté cette particularité intéressante de sévir assez fréquemment chez les adultes.

Quant aux fièvres typhoïdes, dès le début du trimestre, elles devenaient rares, et, dans le service de clinique, il n'y en a eu que deux cas légers, rapidement guéris. En revanche, nous avons pu signaler un cas très-authenthique de typhus cérébro-spinal, terminé par la mort dès le septième jour. Ce fait, qui a pu un instant donner l'éveil sur la possibilité d'une épidémie, n'a pas eu d'analogue, pas plus à l'hospice militaire que dans les hôpitaux civils.

Encore quelques cas de croup, plus rares cependant, mais toujours aussi réfractaires aux moyens médicaux et à la trachéotomie.

Aucun cas de variole, quelqnes cas seulement de scarlatime sans complications et d'érythèmes printaniers, fébriles ou apyrétiques.

Les affections des voies digestives, embarras gastriques, entérites, dysenteries légères ont fait leur apparition vers la fin du trimestre. Jusqu'à ce moment, à part quelques exceptions malheureuses observées dans la première enfance, ces maladies se sont toujours favorablement terminées.

En somme, heureux trimestre, maladies bénignes et beau temps pour le succès des remèdes, anciens et nouveaux. »

AURILLAC. — M. RAMES.

« Dans le trimestre qui vient de s'écouler, accalmie à peu près complète, pas un seul cas de mort. Sur 64 entrées dans le service militaire, nous comptons : 23 bronchites ainsi distribuées : 11 dans le mois d'avril, 5 dans le mois de mai, 7 dans le mois de juin. Quelques-unes de ces bronchites ont été capillaires, très-tenaces, nécessitant l'emploi de vésicatoires répétés ; 4 pleurésies, dont 2 doubles, celles-ci dans le mois d'avril, les 2 autres, 1 dans le mois de mai, la quatrième dans le mois de juin.

Les embarras gastriques, au nombre de 14, ont suivi une progression inverse : 3 dans le mois d'avril, 6 dans le mois de mai, 5 dans le mois de juin. Deux angines herpétiques sont encore apparues, l'une dans le mois d'avril, l'autre courant juin. Pas de maladies graves ; une seule fièvre muqueuse en avril, encore douteuse, le malade paraissant entaché de prédisposition à une tuberculose.

Les autres entrées étaient dues soit à des courbatures, soit à des vices de constitution, soit à des intoxications paludéennes, la plupart venues d'Afrique.

En ville, d'après nos renseignements et ceux de nos confrères, on ne signale que quelques cas de coqueluches, quelques angines herpétiques, et surtout des oreillons, maladie qui a sévi presque épidémiquement dans notre École supérieure. En résumé, état sanitaire très-satisfaisant. »

CAEN (1er trimestre). — MM. DELOUEY, LÉGER ET SIMON.

« L'état sanitaire de la ville de Caen et de ses environs a été, pendant le premier trimestre de cette année, en général assez satisfaisant.

La *fièvre typhoïde,* qui a sévi avec tant de force dans la dernière moitié de l'année dernière, a cessé de régner à l'état d'épidémie. Quelques cas, la plupart terminés par guérison, ont encore été observés cependant, mais ils nous semblent l'expression d'une endémie reconnue aujourd'hui commune à tous les centres de population de quelque importance ; nous avons surtout à signaler des affections muqueuses mal définies, laissant après elles un état de faiblesse très-notable, sans jamais avoir présenté le moindre caractère de gravité ; ces affections nous paraissent pouvoir se rapporter au « typhus levissimus » de Griesenger ; c'est au déclin et à la fin de l'épidémie qu'elles se sont produites en assez grand nombre.

Comme tous les ans, à pareille époque, sous l'influence de notre climat à la fois humide et froid, nous avons observé beaucoup d'affections aiguës ou subaiguës des voies respiratoires ; elles ont ici une tendance très-grande à la chronicité ; le retour de la bonne saison les améliore rapidement chez bien des sujets ; puis elles reparaissent de nouveau, aux approches de l'hiver, sous les influences atmosphériques que nous avons signalées.

La *pneumonie franche* a été l'exception dans le cours de ce trimestre ; au contraire, la *broncho-pneumonie,* chez les enfants et chez les vieillards, s'est fréquemment produite.

Quelques cas de *néphrite à frigore* dans le courant de mars.

Une quantité considérable de *douleurs rhumatismales,* la plupart chroniques, et soumises aux mêmes vicissitudes que les bronchites chroniques dont nous avons parlé.

Le *croup* a fait encore quelques victimes chez les enfants du premier et du second âge; les cas sont en décroissance et l'épidémie va probablement cesser.

La *coqueluche* sévit actuellement avec persistance, sans toutefois causer de décès et sortir de ses allures habituelles.

Nous avons rencontré quelques cas de *varicelle;* elle s'est manifestée sur des sujets vaccinés ou non vaccinés, sans que sa marche ait été modifiée; sa bénignité d'ailleurs a été constante. »

ROUEN. — M. LEUDET.

Hôtel-Dieu de Rouen. — Division de clinique médicale (2e trimestre 1877).

« L'état sanitaire a été très-bon. Les maladies aiguës ont été très-rares. Je n'ai reçu qu'un seul cas de fièvre typhoïde. La rougeole, assez rare, a été très-bénigne.

La variole est encore représentée, en avril, par 10 cas (dont 4 cas intérieurs). En mai, je n'ai reçu qu'un seul cas de variole. Depuis le 10 mai, aucun nouveau cas d'affection variolique ne s'est présenté dans ma division. La maladie régnait depuis le mois de novembre 1875.

Les rhumatismes n'ont pas été nombreux (6 pour trois mois), tous sans complications sérieuses.

La pneumonie, assez fréquente en avril (10 cas), le devient beaucoup moins en mai (4 cas) et juin (2 cas).

Les affections chroniques ont formé la variété la plus commune des maladies. »

LE HAVRE. — M. LECADRE.

« Durant le deuxième trimestre de 1877, les maladies, qni ne furent pas rares, offrirent diverses natures.

Le mois d'avril, qui fut froid et pluvieux, donna lieu à des bronchites et à des pneumonies. Apparurent aussi bon nombre de méningites chez les enfants, ainsi que quelques fièvres puerpuérales. La variole prit un certain développement et de la gravité. En périrent 29 individus des deux sexes, dont 14 au-dessous de l'âge de 6 ans; 2 femmes atteintes de la variole accouchèrent à terme dans la plus grande acuité de la maladie. L'une d'elles succomba. Les enfants de l'une et de l'autre furent, quelques jours après leur naissance, affectés d'une variole confluente de laquelle fut victime l'un deux. Quelques rougeoles sans conséquence furent également observées.

Les pluies et la température froide régnèrent pareillement durant le mois de mai. Pendant plusieurs jours de ce mois, le thermomètre ne s'éleva pas au-dessus de + 8°. A ces intempéries et à ces froids inusités, on dut la persistance des affections du thorax et des angines. Les bronchites prenaient un caractère grave chez les personnes disposées aux maladies du cœur. La variole continua sa marche. En moururent 27 individus, dont 17 enfants.

Des chaleurs assez vives survinrent au mois de juin, auxquelles, deux fois par semaine, succédèrent des orages. Les affections du thorax devinrent moins communes. Les cas de variole mortels diminuèrent; on n'en compta que 8, tous chez des enfants au-dessous de 6 ans. En revanche furent observées la fièvre typhoïde, avec un chiffre de décès de 10 personnes, et la diarrhée cholériforme, qui enleva 31 petits enfants.

Il est à remarquer que la variole fut mortelle, surtout chez les jeunes enfants, parce qu'ils n'avaient point été vaccinés. Sur un chiffre de décès de 64 varioleux, on compta 39 enfants. Reste le nombre de 25, composé d'adultes, dont un très-petit nombre présentèrent les traces de la vaccine. On peut même dire que, parmi les personnes atteintes, l'inoculation vaccinale antérieure enraya, chez presque toutes, la marche des accidents graves.

La variole n'étendit pas ses ravages dans le reste de l'arrondissement. Ce qui peut faire supposer qu'elle fut importée au Havre par quelques voyageurs, et qu'elle se transmit d'individu à individu. On est d'autant plus disposé à accepter cette opinion, qu'on vit la maladie sévir dans certains quartiers, tandis que beaucoup d'autres en étaient préservés. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques observées en 1876 dans les départements du

Var, des Basses-Pyrénées, de la Somme, de la Gironde, de l'Aveyron, des Vosges, de la Meuse, des Côtes-du-Nord, de l'Oise.

2° Le compte rendu d'une épidémie de fièvre typhoïde observée récemment dans la garnison de La Fère (Aisne).

3° Le compte rendu d'une épidémie de variole observée récemment dans la commune de Dalou (Ariège). — (Com. des épidémies.)

4° Les rapports généraux de MM. les médecins-inspecteurs des eaux de Saint-Laurent, de Carcanière, pour l'année 1875. (Com. des eaux minérales.)

—

M. Dechambre fait une communication relative à la réclamation adressée par M. le docteur Fock au sujet d'un ouvrage intitulé : *Symétrie ou proportions du beau.*

M. J. Guérin, à l'occasion du procès-verbal, lit une note sur le *traitement abortif des localisations aiguës du rhumatisme articulaire et de la goutte.*

« Tout en applaudissant, dit M. J. Guérin, aux succès obtenus par le salicylate de soude, dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte, les esprits prudents n'ont pas été sans faire quelques réserves à l'endroit de l'action générale du remède sur l'économie. Sagement administré, on peut croire qu'il épargne toujours aux malades les graves accidents qui avaient semblé marquer ses premiers pas. On ne peut méconnaître, cependant, que son action sur le cerveau, et secondairement sur le poumon et sur le cœur, n'est pas encore suffisamment réglée pour mettre sûrement à l'abri de toute espèce d'inconvénient. C'est là où existe le côté délicat de tous les remèdes exerçant une action puissante.

Cette considération m'engage à soumettre à l'Académie deux ordres de moyens locaux qui, s'ils ne possèdent pas cette action en quelque façon fulgurante, pour me servir d'une expression de notre habile collègue, M. Sée, jouissent néanmoins de la propriété de calmer les accidents les plus immédiats du rhumatisme articulaire et de la goutte.

J'ai fait connaître, il y a une vingtaine d'années, dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine de Belgique, la *méthode stibio-dennique*, comme moyen de conjurer presque à coup sûr les premiers accidents de la coxalgie aiguë. Encouragé par les succès de cette méthode, qui consiste dans l'emploi d'onctions répétées avec une pommade renfermant une partie de tartre stibié sur deux parties d'axonge, je l'ai employée contre les douleurs articulaires du rhumatisme articulaire aigu. Voici bientôtt quinze années que je pratique ces onctions sur toutes les articulations atteintes; après trois ou quatre applications répétées, dans les vingt-quatre heures, j'obtiens toujours une diminution notable des douleurs, si ce n'est leur disparition complète. Ce dernier résultat est le plus fréquent. On remarquera qu'il ne s'agit pas d'une révulsion produite par l'éruption pustuleuse. Cette éruption n'a jamais lieu immédiatement; presque toujours, elle n'apparaît que si on répète les onctions plus de trois à quatre fois, et, si elle se manifeste, ce n'est jamais qu'après la cessation des douleurs articulaires. Celles-ci cèdent donc en vertu d'une action dynamique du remède, et non sous l'influence d'une révulsion quelconque. C'est, d'ailleurs, le caractère essentiel de la méthode, ainsi que je l'ai indiqué dans mon premier travail sur le traitement de la coxalgie aiguë.

Je ne reproduirai pas ici les considérations auxquelles j'ai été conduit pour rattacher cette méthode extérieure à la même méthode administrée à l'intérieur, contre le rhumatisme articulaire. Toujours est-il que, sur plus de cent cas, je n'ai pas rencontré un insuccès absolu. Je fais d'ailleurs concourir au traitement de la maladie, dont les onctions stibiées ne sont qu'un auxiliaire, l'usage de purgatifs salins répétés, et des opiacés à l'intérieur.

J'obtiens absolument les mêmes résultats contre l'accès de goutte, lorsque celui-ci ne fait que préluder à une localisation définitive. Trois ou quatre onctions, avec gros comme une noisette de pommade, sur l'articulation menacée suffisent, très-souvent, pour faire avorter l'accès.

Mais, lorsque celui-ci est parvenu à la période d'état : gonflement, rougeur, chaleur, douleur, j'ai recours à un autre moyen sur lequel j'ai déjà eu l'occasion d'attirer l'attention, et qui consiste dans l'emploi d'un vésicatoire volant placé au centre même de la tuméfaction. Il y a une quarantaine d'années que j'ai recours à cette méthode abortive de la goutte, et je ne crois pas avoir vu un seul accès durer plus de quelques jours.

Le docteur Pordreau, qui tenait autrefois une maison de santé à Chaillot, était sujet à des accès de goutte qui duraient habituellement six semaines ou deux mois; il m'a répété, à bien des reprises, qu'au moyen du vésicatoire placé au centre de la tuméfaction goutteuse, les accès ne duraient guère que de trois à quatre jours. J'ai eu maintes fois l'occasion d'observer le même résultat.

Il arrive fréquemment que le vésicatoire laissé en place, même pendant vingt-quatre heures, ne produit aucune ampoule; l'épiderme est simplement épaissi et blanchi; néanmoins, toute douleur et tout gonflement inflammatoire ont disparu.

Je n'insisterai pas sur le caractère physiologique de cette méthode; je me borne à son effet pratique, remettant à un autre moment de rattacher ces faits à la méthode plus générale que j'ai indiquée à l'occasion du traitement abortif de l'anthrax par l'application du vésicatoire. »

—

M. Tarnier, en son propre nom et au nom de M. Ribemont, interne à la Maternité, présente un nouveau tube laryngien pour pratiquer la respiration artificielle. Cet instrument aurait, suivant M. Tarnier, deux avantages sur le tube laryngien de Chaussier, modifié par M. Depaul.

Le premier avantage serait une introduction plus facile, en raison : 1° d'une courbure particulière donnée au nouvel instrument; 2° de l'extrémité mousse arrondie dont il est muni au lieu de l'ouverture terminale coupée carrément du tube de M. Depaul.

Le deuxième avantage serait de boucher hermétiquement l'orifice du larynx, de faciliter l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, et d'empêcher cet air, soit de refluer par la bouche et le nez, soit de pénétrer dans l'œsophage et l'estomac.

La disposition de l'instrument est telle que l'on sait immédiatement s'il a été ou non introduit dans le larynx, ce dont, avec le tube laryngien ordinaire, on n'est sûr qu'après quelques tâtonnements. De plus, on n'est pas obligé, comme avec ce dernier, de boucher les narines et de fermer avec les doigts la bouche de l'enfant.

M. Depaul, sans vouloir rien dire de définitif sur le tube laryngien présenté par M. Tarnier, et qu'il n'a pas eu le temps d'examiner d'une manière suffisante, croit que M. Tarnier a été trop loin dans les critiques qu'il a adressées au tube laryngien ordinaire et dans les éloges qu'il a donnés au nouvel instrument.

Il n'attache pas d'importance à la courbure particulière du tube laryngien de MM. Tarnier et Ribemont, et il pense même que cette courbure doit rendre difficile l'introduction de l'instrument d'avant en arrière dans la bouche de l'enfant, à moins de tirailler les tissus.

Quant à la forme conique du nouveau tube laryngien, elle ne lui paraît pas différer bien sensiblement de celle du tube de Chaussier.

M. Depaul conteste les inconvénients et les difficultés que M. Tarnier dit avoir trouvés à l'emploi du tube laryngien ordinaire. Pour lui, il ne les a jamais rencontrés. Toujours il a pu, rapidement et sûrement, introduire le tube dans le larynx et insuffler l'air dans les voies respiratoires, sans avoir besoin de fermer avec les doigts les narines et la bouche de l'enfant. Il n'a jamais vu l'air refluer par le nez ou la bouche, ni pénétrer dans l'œsophage et l'estomac, quand on a pris les précautions nécessaires.

En résumé, M. Tarnier aurait, suivant M. Depaul, beaucoup exagéré les inconvénients du tube de Chaussier et les avantages de son nouvel instrument.

M. Tarnier s'incline devant l'habileté exceptionnelle de M. Depaul; mais il croit que la plupart des médecins et des sages-femmes ont dû, comme lui, reconnaître les inconvénients et les difficultés de l'emploi de l'ancien tube laryngien. Pour lui, il déclare n'avoir jamais pu pratiquer d'insufflation avec ce tube sans être exposé à des tâtonnements, et sans se demander s'il était ou non dans le larynx. Deux fois sur quatre, l'instrument passait à côté de l'orifice du larynx. Toujours il a vu l'air refluer par les narines ou par la bouche.

Le nouveau tube lui paraît être exempt de ces inconvénients, et avoir de véritables avantages.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la fièvre typhoïde.

M. Bouchardat trouve prématurées les conclusions de M. J. Guérin, ainsi que la doctrine de l'influence des matières animales en putréfaction sur la genèse de cette maladie.

Cette étiologie, suivant lui, se répète sans preuves plus précises, tandis que les faits démontrant la transmission s'accumulent d'année en année.

Cette discussion, ajoute M. Bouchardat, ne laissera dans l'histoire de l'Académie que le souvenir d'un brillant tournoi d'éloquence dans lequel MM. Gueneau de Mussy, Bouley, Jaccoud, Chauffard, se sont surtout distingués.

Revenant aux expériences de M. J. Guérin et aux conclusions qu'il en a tirées, M. Bouchardat déclare que, lorsqu'il s'agit de maladies de l'homme, le lapin est, suivant les conditions, un réactif trop ou trop peu sensible. Il se souvient d'avoir nourri un lapin pendant un mois en lui donnant chaque jour un kilogramme de feuilles de belladone. Les mémorables expériences de M. Villemin, répétées par d'autres observateurs, ont montré en outre que le lapin ressent trop facilement l'influence des injections de matière tuberculeuse. Enfin, les résultats obtenus par M. Guérin ne semblent pas différer de ceux observés chez les animaux dans les veines desquels différents expérimentateurs ont injecté des matières putrides ordinaires.

M. Jules Guérin répond qu'il n'a pas prétendu donner la fièvre typhoïde aux lapins qu'il a

mis en expérience. Il a voulu seulement montrer que les matières fécales des typhiques contenaient un principe toxique particulier que ne contiennent pas les matières fécales ordinaires, chose qui n'avait pas été faite avant lui. En injectant les matières fécales de typhiques sous la peau des lapins, il a déterminé des accidents rapidement mortels; en outre, le sang de ces animaux ainsi tués, injecté sous la peau d'autres animaux, a également produit les accidents les plus graves. D'où la conclusion légitimement tirée par M. Guérin que les matières fécales des typhiques contiennent un poison particulier dont il a pu déterminer l'origine et les diverses phases d'évolution dans l'extrémité inférieure de l'intestin grêle des malades atteints de fièvre typhoïde.

Dans une dernière partie de son travail, M. J. Guérin montrera les effets du poison lorsque, absorbé dans la dernière partie de l'intestin grêle, il a pénétré dans le sang et a généralisé son action sur l'économie.

— La séance est levée à cinq heures.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session de 1877 — Congrès du Havre

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

La section, réunie dans une des salles de l'hôtel-de-ville, a constitué son bureau. M. le professeur Courty, de Montpellier, a été nommé président; MM. Lecadre et Gobert, du Havre, MM. Parrot et Gallard, de Paris, ont été nommés vice-présidents; MM. Lafourie et Brière, du Havre, MM. François Franck et Paul Reclus, de Paris, sont désignés comme secrétaires.

Indiquons succinctement les principales communications faites dans cette section :

Dans un travail qui paraît très-étendu, M. Dronsart, de Somain, expose le résultat de ses recherches sur le *nystagmus* des mineurs, affection dont les observations sont rares dans la science, et qui consiste principalement dans un tremblement involontaire et rhythmique des yeux. — Ce travail, monographie intéressante, fournira le thème d'un nouveau chapitre à ajouter aux traités d'ophthalmologie.

M. Gayrel présente un *acrophore,* dont il est l'inventeur.

M. Seguin lit un travail sur l'*uniformité* en médecine. Ce travail devant être plus amplement développé dans le Congrès médical international de Genève, nous attendrons le compte rendu de cette session.

M. Gallard expose le résultat de recherches fort intéressantes, dit la *Revue scientifique,* dont nous empruntons le compte rendu, sur l'anatomie pathologique, le mode d'apparition et le traitement des végétations de la muqueuse intra-utérine. Ces végétations avaient été très-bien vues par Récamier, qui les diagnostiquait et les traitait par sa curette. Ce moyen chirurgical eut parfois des revers; une violente réaction se produisit, et la curette fut généralement proscrite. M. Gallard proteste contre cette exclusion trop systématique et croit que cet instrument peut, dans certains cas, rendre de réels services; il apporte un cas remarquable pour prouver cette assertion. Il s'agit d'une malade observée par lui et par M. Richet. Elle était âgée de 64 ans et n'était plus réglée depuis quatorze ans environ lorsque, il y a deux ans, elle fut prise de métrorrhagies intenses; l'examen par le toucher démontra à M. Gallard qu'il n'y avait pas là de tumeur cancéreuse; il pratiqua le cathétérisme et reconnut que la cavité était beaucoup plus spacieuse et mesurait 12 centimètres. L'utérus lui-même était mobile dans le petit bassin et nullement enclavé.

Des affusions froides furent prescrites, des injections au perchlorure de fer, ou plutôt des lavages au perchlorure de fer, porté par une seringue jusque dans la cavité intérieure, restèrent sans résuitat. M. Gallard songeait alors à pousser dans la matrice une certaine quantité d'acide azotique pur; mais, avant de prendre ce parti énergique, il fit appeler en consultation M. Richet. Ce chirurgien préféra l'emploi de la pâte de Canquoin, qui fut employée; il y eut une amélioration, comme on en avait eu avec le perchlorure de fer, mais elle ne fut que passagère; les méthrorrhagies recommencèrent, et il fut alors décidé que l'on emploierait la curette de Récamier. On endormtt la malade, et, avec cet instrument, on enleva de la cavité utértne la valeur d'une soucoupe d'une sorte de bouillie, qui n'était autre que les végétations de la muqueuse; puis, M. Richet introduisit dans la cavité une baguette de pâte de Canquoin, qu'il abandonna dans l'utérus.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Il n'y eut pas de fièvre, plus d'hémorrhagie, et, lorsque la malade, guérie, fut examinée à nouveau, le toucher vaginal démontra que la matrice avait, en grande partie, disparu. Elle était atrophiée, et le col oblitéré ne pouvait être

retrouvé. Les végétations utérines furent examinées au microscope; elles étaient dues à une hypertrophie et à une dilatation des follicules et des papilles de la muqueuse utérine, avec une très-petite quantité de tissu conjonctif interposé.

M. Paul Reclus fait une communication sur *les luxations paralytiques du fémur*. Ce travail est résumé dans les conclusions suivantes : 1° du groupe de luxations dites *congénitales*, il faudrait désormais distraire les luxations paralytiques; 2° les luxations succèdent « aux amyotrophies » et paraissent, comme les affections qui les provoquent, survenir à tous les âges, bien qu'elles n'aient été guère observées que dans l'enfance; 3° pour que la luxation se produise, deux conditions sont nécessaires : d'une part, l'atrophie d'un groupe musculaire; de l'autre, l'intégrité de ses antagonistes. Si tous les muscles sont paralysés, il y aura bien un très-grand relâchement, une mobilité exagérée dans l'article, mais pas de luxation; 4° à la hanche, la luxation iliaque est la plus fréquente; elle est due à la traction des muscles adducteurs, que l'atrophie des fessiers et des pelvi-trochantériens laisse sans contrepoids.

M. Franck lit un travail communiqué par M. Masure, de Lille, sur le *traitement des névropathies par l'émétique.*

M. Lecadre neveu communique une *observation d'anévrysme de la fémorale traité sans succès, il est vrai, par l'électrolyse,* mais qui tend à prouver que, si cette méthode n'est pas toujours couronnée de succès, son application ne présente pas les graves inconvénients dont on l'accuse.

M. François Franck, en collaboration avec M. Troquart, fait une communication sur l'action du chloral sur les appareils circulatoires et respiratoires.

M. Verneuil, au nom du docteur Henri Petit, de Paris, entretient la section de l'*ataxie dans ses rapports avec le traumatisme.*

M. Massart, de Honfleur, communique une remarquable observation de rétroversion utérine survenue pendant la grossesse, et guérie par un moyen emprunté à la pratique des vieux rebouteurs normands, et qui consiste à appliquer un pot de chambre en guise de ventouse sur le ventre de la malade, de façon à diminuer la pression que les anses intestinales exercent sur l'utérus déplacé. *(A suivre.)*

FORMULAIRE

SOLUTION CONTRE LES GERÇURES DU SEIN. — CHARRIER.

Acide picrique très-pur. . . . . . . 13 grammes.
Eau distillée . . . . 1000 —

F. s. a. une solution n° 1.

Acide picrique très-pur. . . . . . . 1 gramme.
Eau distillée. . . . . 1000 —

F. s. a. une solution n° 2.

Pour guérir les gerçures et crevasses du sein, sans suspendre l'allaitement, on lave soigneusement le mamelon avec de l'eau tiède; puis, avec un pinceau imbibé de la solution n° 1, on touche le matin, plusieurs fois de suite, la crevasse et les points enflammés. Chaque fois que l'enfant a teté, on plonge le mamelon, pendant trois ou quatre minutes, dans un petit verre rempli de la solution n° 2.

Le docteur Le Diberder, considérant la fièvre qui accompagne les gerçures du sein comme la cause, et non comme la conséquence des gerçures, combat cette fièvre par le sulfate de quinine, administré à la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 80 par jour, et se contente de protéger les parties malades avec du baume du Samaritain ou des cataplasmes. Chez toutes les malades ainsi traitées, l'amélioration est rapide, et la guérison a lieu au bout de deux à cinq jours. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 6 SEPTEMBRE 1671.

Denis Joncquet meurt à Paris, et est enterré à Saint-Sulpice. Il avait été professeur de botanique au Jardin royal, et était né à Dourdan (Seine-et-Oise). Voici comment Guy Patin s'exprime à son égard :

« Nous avons ici un de nos docteurs fort curieux de la botanique; il a un beau jardin qu'il a loué des Minimes de Saint-Germain-des-Prés, desquels il est médecin et voisin; il a depuis quatre ans élevé là dedans plus de 2,800 plantes, dont il fait les démonstrations trois fois par semaine à nos philiatres. »

Denis Joncquet avait reçu le bonnet de docteur le 22 septembre 1639. — A. CH.

COURRIER

Faculté de médecine de Nancy. — Voici le compte rendu de la situation et des travaux de la Faculté pendant l'année 1875-1876 :

Il résulte du compte rendu de M. Stroltz, doyen, que le nombre des étudiants tant civils que militaires s'est élevé à 225. De ce nombre il faut défalquer 51 élèves en cours d'examen, c'est-à-dire ne prenant plus d'inscriptions et 49 bénévoles, c'est-à-dire n'en prenant pas encore. — Restent seulement 159 élèves prenant des inscriptions.

Le total des inscriptions prises pendant l'année s'élève à 726. — 595 pour le grade de docteur et 131 pour celui d'officier de santé.

18 thèses ont été soutenues pendant l'année.

Comité des épizooties. — On a institué depuis deux ans au ministère de l'agriculture un comité des épizooties, chargé d'indiquer les mesures sanitaires à prendre pour empêcher l'invasion en France des maladies qui atteignent et déciment parfois le bétail dans le reste de l'Europe. Ce comité s'inquiète aussi du bétail à l'intérieur et donne aux cultivateurs des conseils très-utiles concernant l'hygiène des animaux, les procédés à employer en cas de maladie, etc.

Le comité des épizooties vient de publier une note instructive sur la mouche des bêtes à cornes et les moyens de la détruire. Tous les agriculteurs savent que des terreurs paniques saisissent quelquefois les animaux de l'espèce bovine ; des troupeaux entiers affolés s'enfuient en brisant tout sur leur passage. La plupart de ces terreurs paniques sont produites par les attaques d'une mouche d'espèce particulière, connue sous les noms de mouche des bêtes à cornes, œstre du bœuf, *hypoderma bovis* ; c'est effectivement lorsque cette mouche bourdonne autour des bœufs que l'on voit le troupeau s'enfuir en beuglant, le cou tendu, la queue relevée et agitée par des mouvements violents.

L'œstre poursuit les animaux surtout dans les bocages et dans les bois ; son vol est rapide et produit un sifflement particulier dont l'imitation par d'imprudents bouviers, même aux époques de l'année où il n'existe pas d'œstre volant, suffit à constituer un danger véritable, tant est forte l'impression de terreur que l'insecte inspire au bétail.

C'est pendant les mois de juillet, août et septembre que les bêtes bovines sont attaquées par l'œstre volant ; mais à ce moment de son existence cet insecte est difficile à atteindre, tandis qu'il est facile à détruire lorsqu'il est encore à l'état de larve.

L'œstre poursuit les bœufs pour introduire ses œufs sous la peau de l'animal. La larve qui sort de l'œuf ainsi abrité occasionne des tumeurs que l'on remarque particulièrement sur le dos des bœufs et des vaches et que quelques-uns regardent, à tort, comme un signe de vigueur et de santé. Ces tumeurs deviennent grosses comme une noix et ont à leur sommet une petite ouverture qui permet la respiration de la larve. Cette dernière séjourne sous la peau jusqu'aux mois de juin et juillet de l'année suivante ; arrivée alors au terme de sa croissance et mesurant environ 27 millimètres, elle sort de sa demeure, tombe sur le sol et se cache dans l'herbe pour se transformer en nymphe ; six ou sept semaines après, sa dernière métamorphose s'est accomplie, et un nouvel œstre s'envole, qui, presque aussitôt, poursuit les bêtes bovines pour déposer sous leur peau les œufs destinés à perpétuer son espèce.

Pour tuer la larve, on peut introduire une alène par le petit trou qui existe au sommet de la tumeur, après avoir comprimé celle-ci avec les doigts afin de faire, s'il est possible, saillir à l'entrée du trou le dernier anneau de son abdomen. Une fois percée, la larve se vide, meurt et est éliminée par la suppuration. Un autre procédé consiste à asphyxier la larve en obstruant avec un peu de térébenthine le trou de la tumeur. Enfin, on peut encore extraire directement la larve en agrandissant un peu, s'il le faut, le trou dont il s'agit.

Le comité des épizooties prouve que l'œstre ainsi atteint ne tarderait pas à devenir aussi rare que l'*hypoderma equi* de l'espèce chevaline, dont les conditions d'existence sont identiques et qu'on ne connaît presque plus.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants.—Pendant la semaine finissant le 30 août 1877, on a constaté 910 décès, savoir :

Variole, 1 décès ; — rougeole, 8 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 29 ; — érysipèle, 2 ; — bronchite aiguë, 22 ; — pneumonie, 28 ; — dysenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 43 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 32 ; — croup, 12 ; — affections puerpérales, 4 ; — affections aiguës, 320 ; — affections chroniques, 343 (dont 139 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 42 ; — causes accidentelles, 21.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

LES BAINS FROIDS ET L'HYPERTHERMIE [1];

Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances des 9, 23 mars et 13 avril 1877,

Par le docteur FERRAND, médecin de l'asile des Incurables.

V. Les meilleurs moyens antithermiques.

Étant admis que l'hyperthermie peut devenir la base d'une indication thérapeutique, bien que dans des cas exceptionnels, et à titre seulement d'indication secondaire, quels sont les meilleurs moyens d'y répondre? Quels sont les procédés au moyen desquels, sans danger pour le malade, sans inconvénient pour ce qui est de la marche naturelle de la maladie, quels sont les procédés au moyen desquels on peut mettre le malade à l'abri de l'excès de la chaleur libre et des accidents qui peuvent en résulter? Et ceci peut s'appliquer aussi bien à la fièvre typhoïde qu'au rhumatisme, et à tous les cas où se rencontre l'hyperpyrexie avec l'hyperthermie.

Le but à atteindre, c'est la réfrigération du sujet, une réfrigération assez effective pour diminuer notablement l'excès de la chaleur produite, et assez durable pour maintenir quelque temps l'abaissement de température ainsi obtenue.

Le bain peut remplir cette indication; s'il est assez froid, il enlèvera beaucoup de chaleur, et s'il est assez prolongé, il annihilera la réaction. Mais, nous venons de le voir, le bain froid a ses inconvénients, sans compter ses dangers. L'immense quantité de chaleur libre qu'il soustrait provoque l'économie à de nouvelles combustions. Au moment de l'immersion, il provoque un véritable choc nerveux et un refoulement sanguin suivi bientôt d'oscillations dangereuses; consécutivement, il entraîne avec lui une hyposthénie plus dangereuse encore.

Si l'on tient à soustraire de la chaleur libre à l'économie sans lui imposer d'aussi violentes secousses, et sans la provoquer en même temps à de nouvelles productions de chaleur, il faut se servir de moyens moins complexes dans leurs effets, moins violents dans leur mode d'application, moins perturbateurs, en un mot, et plus tempérants encore que réfrigérants. Vous avez nommé avec moi, Messieurs, les bains tièdes, les lotions fraîches et les lavements froids.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 9, 14, 18, 23 et 25 août.

FEUILLETON

CAUSERIES

Où pourrais-je vous conduire aujourd'hui? Je n'en sais rien. Pourquoi aussi êtes-vous si discrets, bien-aimés lecteurs, que jamais vous ne me demandez quoi que ce soit qui pourrait vous être agréable ou utile? Que souvent vous me tireriez d'embarras en y mettant moins de réserve! Ne craignez pas de m'importuner, vous me ferez plaisir, au contraire, car vous êtes tous trop raisonnables pour ne me demander que ce à quoi je peux répondre, que ce sur quoi je peux vous satisfaire. Il est malheureusement des sujets qui s'imposent à l'esprit. Ainsi, les tristes et solennelles funérailles qui doivent se célébrer demain, ramènent involontairement la pensée sur *Le lendemain de la mort*, selon le titre heureux du livre de Louis Figuier. Avec le consolant écrivain que je viens de nommer, faut-il croire, qu'après notre dernier souffle expiré, nous subissons des transformations de plus en plus immatérielles et plus ou moins rapidement, selon les mérites ou les démérites de notre vie terrestre? Nos âmes, se dégageant de plus en plus de leur matérielle enveloppe, errent dans les espaces éthérés, jusqu'à ce qu'elles rencontrent la planète fortunée où elles doivent jouir d'une félicité sans terme.

La disparition de tout personnage éminent ramène l'esprit vers ces problèmes cependant insondables de la vie future. M. Thiers, plusieurs fois, a exprimé ses convictions de déiste et de spiritualiste. Il a fait même un magnifique et éloquent éloge du christianisme, et les personnes qui ont vécu près de lui ne mettent pas en doute que, s'il n'eût pas été si soudaine-

Je ne ferai que rappeler ici les résultats consolants que sont venus successivement apporter à votre tribune MM. Libermann et Dujardin-Beaumetz, ceux de Barthé et de Samuel, cités par le docteur Laure, ceux du docteur Laure lui-même, et ceux des autres auteurs qu'ils ont cités, au sujet de l'emploi des bains tièdes. C'est parmi ceux-là que je dois être classé moi-même, ayant déjà, en 1872, publié une note à ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique*.

Voulez-vous donner un bain qui ne provoque pas de réaction? nous disent les hydropathes. Donnez un bain tiède, au degré ou peu au-dessous de la température indifférente, c'est-à-dire vers 33°, prolongez-en la durée, évitez le mouvement du liquide autour du sujet, et le mouvement du sujet plongé dans le liquide. Par ce moyen, vous ne courez aucun risque d'imprimer à l'action nerveuse, et à la distribution du sang dans ses capillaires, ces secousses violentes qui doivent nécessairement résulter de l'usage du bain froid.

On objecte que ce moyen n'enlève au malade que peu de chaleur à la fois. — Et c'est, je vous assure, ce qui me plaît en lui. Aussi cette objection n'en est-elle pas une pour moi. — Mais enfin, me dit-on, la température reprend bien vite le chiffre élevé qu'elle avait avant le bain. — Qu'à cela ne tienne; comme notre bain tiède n'est pas dangereux, nous ne risquons rien de le renouveler, aussi souvent qu'il sera nécessaire, pour éviter l'hyperthermie exagérée.

Et puis nous avons d'autres moyens que le bain d'agir en ce sens et d'arriver à ce but. Nous allons en parler tout à l'heure. On pourra les faire alterner avec les bains, ce qui permettra d'éloigner ceux-ci, et de maintenir cependant l'abaissement thermique qui est l'objectif indiqué.

Je ne reviendrai pas davantage sur les effets obtenus au moyen des lotions faites successivement sur toute la surface du corps. Outre l'effet tonique qui en résulte et le bien-être qu'elles procurent aux malades, elles abaissent la température, elles enlèvent de la chaleur libre. Sans doute elles absorbent moins de calories que les bains, et l'on ne saurait toujours compter qu'elles seront suffisantes à faire baisser et à maintenir abaissée la température du malade; mais, employées avec intelligence, et répétées selon le besoin, elles constituent un moyen d'une portée encore considérable, plus tonique que le bain tiède, et bien moins excitant que le bain froid. Quant à ses effets réfrigérants, ils sont incontestables.

Il y a, du reste, dans l'action du bain tiède et de la lotion fraîche un résultat que je crois bien autrement important que la soustraction directe du calorique libre. L'un et l'autre, en effet, exercent la plus heureuse influence sur les actes de circu-

---

ment frappé par la mort, il eût demandé les consolations de la religion dans laquelle il était né. J'ai lu quelque part qu'il avait l'intention de publier une réfutation scientifique du matérialisme, qu'il considérait comme une insanité. L'entreprise était hardie; elle était périlleuse aussi. Ainsi que je le disais dans ma dernière *Causerie*, notre honorable et bien distingué confrère M. Woillez a été séduit par ce projet; M. Janet l'avait été avant lui, — je parle d'entreprises de ce genre dites scientifiques; car, pour ce qui est des réfutations de sentiment, elles sont innombrables. Eh bien, j'ai le regret de voir que ces réfutations prétendues scientifiques ne sont autre chose que des critiques très-habiles et très-justes des prétentions des nihilistes, qui s'imaginent établir le matérialisme et l'athéisme sur des preuves scientifiques. C'est quelque chose, sans doute, c'est beaucoup même, mais, enfin, ce n'est pas prouver scientifiquement le déisme et le spiritualisme. Ce qui est admis par tous, c'est que la matière est indestructible, c'est que rien ne se perd dans la nature, c'est que tout se transforme, et que ce qui a été sera. Les nihilistes ne peuvent pas ne pas admettre la résurrection des corps, et le catholicisme lui-même tient comme article de foi la transformation de la matière, *pulvis es et in pulverem reventeris*. Or, si rien ne se perd, si rien n'est anéanti, si la mort n'est qu'une transformation, l'esprit, le sentiment, les facultés intellectuelles et morales ne meurent pas plus que l'oxygène, le carbone, l'hydrogène et l'azote, dont la matière est composée, les nihilistes et les matérialistes sont les plus inconséquents des raisonneurs; malgré eux, et quoi qu'ils en disent, ils sont forcés d'être spiritualistes, et ils le sont insciemment.

Tout cela dit, et tout cela n'est guère fait pour vous distraire, je me trouve au bout de mon rouleau. Mais je me console en disant que si, dans les circonstances actuelles, je n'ai pas grande envie de vous écrire, vous devez moins encore avoir le goût de me lire. Les préoccu-

lation et de sécrétion périphérique; cette influence que le bain tiède produit d'emblée, et qui résulte secondairement de l'usage de la lotion, cette influence joue un rôle considérable dans le refroidissement des sujets. Je n'ai pas besoin d'expliquer comment le rétablissement de la perspiration cutanée concourt activement à ce résultat; on comprend de même, sans que j'y insiste, qu'une circulation périphérique plus libre rafraîchit le sang davantage et avec lui toute l'économie.

Aussi ai-je pu dire, dans une étude consacrée à ce point de la thérapeutique, que le bain tiède et les lotions avaient moins pour avantage de soustraire au malade des unités de chaleur, que de le mettre dans la possibilité de se rafraichir lui-même en restaurant les fonctions qui jouent d'ordinaire le rôle le plus considérable dans l'acte de la réfrigération.

On a déjà objecté à ceux qui préconisent cette réfrigération adoucie, qu'ils n'ont pas fait un usage méthodique (c'est systématique qu'il faudrait dire) de cette méthode de traitement, et qu'ils ne peuvent fournir, à l'appui de leurs assertions, les tables de mortalité proportionnelle au moyen desquelles on pourrait les juger. C'est une objection à laquelle j'ai déjà répondu par les quelques considérations que les statistiques m'ont inspirées. Au risque de manquer à tout jamais de ce moyen de conviction, je suis, pour ma part, bien résolu à n'employer ces procédés que chez les sujets qui me paraissent en avoir besoin, et pendant le temps seulement où ils me paraissent en avoir besoin, et concurremment avec tous les autres moyens thérapeutiques qui me sembleront susceptibles de concourir à ce but. Et, ce faisant, je ne croirai certes pas avoir manqué à l'esprit de méthode, et je croirai, au contraire, avoir résisté à l'esprit de système, au moyen duquel on réunit des statistiques où l'on fait dire les choses les plus contradictoires à ces malheureux chiffres, qui n'en peuvent mais.

Enfin, j'ai parlé d'un troisième moyen, capable d'amener la réfrigération des malades hyperpyrétiques : ce sont les lavements froids. Ici encore, je manque de chiffres à l'appui. Mais, ce que je sais pour l'avoir maintes fois observé, ayant fait de ce moyen un usage excessivement fréquent, c'est que le procédé est facile, sans danger, et qu'il a plus de portée et d'efficacité qu'on ne semble le croire. Même après les travaux de Foltz sur ce sujet, il me paraît bon d'y insister. On n'a pas assez remarqué, en effet, Messieurs, qu'un des actes les plus importants de la fièvre typhoïde se passe dans l'intestin; que l'intestin est, à l'état physiologique, pour le sang, le lieu d'une élévation de température bien déterminée; que cette élévation de température doit se rattacher aux modifications chimiques nombreuses, aussi bien

---

pations sont ailleurs, je dois les respecter, je dois avoir surtout la modestie d'en accepter le résultat.

Qu'il me soit permis d'unir mes vœux de bonheur à ceux de l'assistance, aussi nombreuse que distinguée, qui accompagnait à l'autel le fils de l'un de nos plus éminents confrères, le petit-fils de M. le sénateur Renouard, M. C. Richet, déjà très-honorablement connu dans la science, et qui vient d'unir sa destinée à celle d'une demoiselle accomplie appartenant à l'une des familles parisiennes les plus honorables.

C'était aussi, la semaine dernière, fête dans la ville de Guéret, où se célébraient les noces d'or de M. et de Mme Gallard, père et mère de notre aimable confrère le docteur Gallard. Il paraît que le cortége, c'était toute la ville. C'est Monseigneur l'évêque de Limoges qui a voulu donner la bénédiction de cinquantaine à ces vénérables époux, et qui, dans une allocution touchante, a tait verser à l'assistance des larmes d'attendrissement.

Dr Simplice.

Éphémérides Médicales. — 8 Septembre 1764.

Grande cérémonie funèbre à Saint-Étienne-du-Mont. On enterre dans l'antique église Louis-René Marteau, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, l'un des médecins qui ont fait le plus d'honneur à notre profession. Il était né à Paris le 22 janvier 1710, et avait été longtemps locataire des Écoles de la rue de la Bûcherie. C'est que nos aïeux étaient fort pauvres, et que, pour se tirer d'affaire, ils étaient bien obligés de faire flèche de tout bois. — A. Ch.

qu'aux nombreux actes sécrétoires dont l'intestin est le siége; que, dans la fièvre typhoïde, ces divers phénomènes ne cessent de se produire et doivent concourir, pour une part notable, à l'hyperthermie. De là, la grande utilité qu'il y a à rafraîchir l'intestin, à diminuer les fermentations putrides qui s'y produisent en en balayant les agents, à en calmer l'irritation sécrétoire par un lavage émollient. Ajouterai-je que le lavement contribue encore à diminuer les résorptions septiques et à faciliter au contraire, les éliminations de même nature, double fonction dont la muqueuse intestinale s'acquitte certainement pendant la fièvre typhoïde.

Or, il est bien avéré que ces divers procédés, bains tièdes, lotions et lavements frais, ont un effet positif de réfrigération sur la plupart des malades, et que cette réfrigération est modérée, de 1/2° à 2° au plus. Maintenant, comme ce sont des pratiques qu'il est facile et sans inconvénient de réitérer aussi souvent qu'on le juge à propos, on peut bien, en en soutenant l'usage, maintenir de même l'abaissement thermique qu'elles ont procuré. C'est, en moyenne, toutes les deux ou trois heures qu'il faut les renouveler, pour obtenir ce résultat, et, en les faisant alterner entre elles, on peut en rendre l'usage facile, en même temps qu'il est sans danger.

Et maintenant, faut-il proscrire absolument l'usage des bains froids, comme illusoires dans leurs avantages, impraticables dans leurs procédés et dangereux dans leurs résultats? Non, certes. Le bain froid demeure et demeurera une ressource ultime à appliquer aux cas exceptionnels où la chaleur s'élève et reste extrême, malgré l'usage des moyens ordinaires, alors que le malade paraîtra encore capable de résister au choc de l'immersion, aux fluxions sanguines qui accompagnent le bain froid, et à l'hyposthénie qui en résulte.

Mais il faut que le praticien, qui se décide à mettre en œuvre un pareil moyen, sache bien que la réfrigération du malade n'est qu'une indication physique, secondaire par conséquent, laquelle ne doit passer qu'après les indications qui appartiennent aux appareils organiques et relèvent des grandes fonctions de l'organisme vivant et malade.

En un mot, c'est une tentative désespérée, comparable à la trachéotomie dans le croup, si je puis le dire, et qui ne guérit pas plus la fièvre typhoïde que la trachéotomie ne guérit la diphthérie.

Il m'a semblé, Messieurs, qu'il était bon que ces réserves fussent formulées dans le sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris, dont le sens pratique et l'expérience sont appréciés, comme vous le savez, par le Corps médical, afin que nul ne s'y trompe. Je les résumerai dans les lignes suivantes :

VI. Conclusions.

I. Sans vouloir mettre en doute, ni considérer comme de nulle valeur, les statistiques mortuaires, relativement au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, on ne saurait mettre trop de réserve dans l'appréciation des chiffres qu'elles fournissent, lesquels, alors même qu'ils ne sont pas contestables, conduisent trop facilement à des résultats contradictoires.

II. L'hyperthermie n'est qu'un résultat de la maladie, tout au plus un des éléments de la fièvre. Elle est le signe de la chaleur mise en liberté par les actes morbides; et comme une foule de modifications physico-chimiques peuvent la conserver latente ou la restituer à la liberté, elle n'est qu'un effet, dont l'accroissement ne saurait mesurer exactement l'intensité des phénomènes pathologiques, bien qu'elle leur paraisse proportionnée.

III. L'hyperthermie peut cependant atteindre l'importance que tout phénomène secondaire peut prendre dans une évolution pathologique déterminée, et devenir la source d'une indication thérapeutique. La limite au delà de laquelle cette indication se présente, est d'autant mieux déterminée, que la température du malade se rapproche davantage du chiffre auquel elle ne peut atteindre sans que nous voyions se produire de graves accidents, et la mort survenir. Elle oscille entre 40 et 42°.

IV. Les bains froids ont pour effet physique d'enlever à la périphérie une somme

considérable de chaleur (mille calories environ en un quart d'heure, quand on suit la pratique de Brand); quant à leur effet physiologique, ils font passer le sujet qui est soumis à cette épreuve par des phases d'excitation et d'épuisement nerveux, par des oscillations brusques de la circulation dans ses différents territoires, et très-certainement aussi par des alternatives de suractivité et d'inertie nutritives, qui ne sont pas sans danger. L'absence d'une réaction que l'on s'efforce d'étouffer aussitôt qu'on l'a provoquée constitue un danger plus redoutable encore.

Un certain degré d'algidité en est la conséquence nécessaire. Il en résulte que l'homme en santé en ressentirait un profond malaise, souvent même un accès de fièvre; il en résulte pour le malade, d'abord, un grand risque d'épuisement nerveux, ensuite, les congestions viscérales, enfin et nécessairement, l'hyposthénie.

V. Les bains tièdes, les lotions et les lavements frais, pourvus qu'on en répète l'usage, sont, dans la grande majorité des cas, des moyens réfrigérants suffisamment efficaces, et qu'on peut toujours employer sans danger.

Les bains froids ne doivent être mis en œuvre que dans des cas exceptionnels où ces derniers moyens demeurent sans effet. Encore faudra-t-il agir dans la mesure, difficile à apprécier, où le malade paraîtra capable de les supporter.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des sourds-muets, lit la note suivante :

« La fonction-langage a une importance si grande au point de vue de la connaissance des fonctions cérébrales, qu'il nous a paru utile de résumer en peu de mots son historique, tout en indiquant la voie qui nous a conduit à dissiper en partie les nuages dont cette question était entourée.

Dans le courant du dix-huitième siècle, Gesner avait entrevu la relation qui existe entre les troubles de la parole et la lésion des lobes antérieurs du cerveau. C'est dans ce même point que Gall plaça l'organe du langage articulé. Le docteur Dax, vers la même époque, faisait la singulière remarque que les troubles de la parole coïncident presque toujours avec la lésions du lobe antérieur du côté gauche.

Ces faits, constituant plutôt des curiosités que des notions scientifiques réellement acquises, avaient besoin d'être soumis à l'épreuve de l'observation et de l'expérience. M. Bouillaud, dont le nom représente une grande époque médicale, se chargea de ce soin, et appuyé sur un nombre considérable d'observations, il pouvait affirmer, dès l'année 1825, dans un mémoire resté célèbre, que la faculté du langage articulé a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau.

En général, les observations recueillies depuis cette époque ont donné raison à M. Bouillaud; mais il y a eu des observations contradictoires, démontrant qu'un des lobes antérieurs peut être lésé en un point de son étendue sans qu'il ait y perte ou trouble de la parole.

Cependant ces faits ne prouvent nullement que M. Bouillaud ait eu tort de placer la faculté du langage dans les lobes antérieurs; ils ne prouvent qu'une chose, c'est que le champ de cette localisation était trop vaste et que l'illustre professeur ne l'avait pas enfermé dans des limites suffisamment précises.

Un nouveau progrès était nécessaire, et c'est M. Broca qui eut la gloire de l'accomplir. Ce dernier ayant constaté que les lésions qui correspondent aux troubles de la parole se trouvent limitées à la troisième circonvolution des lobes antérieurs, en conclut que l'organe de la parole a son siége dans cette partie limitée et non dans la masse des lobes antérieurs considérés dans leur ensemble, comme l'avait professé jusque-là M. Bouillaud. M. Broca circonscrivait encore le problème en affirmant, d'après un certain nombre d'observations, que l'organe de la parole se trouve exclusivement dans le côté gauche du cerveau.

La plupart des nécropsies donnèrent gain de cause à cette manière de voir, et bientôt la majorité des médecins se rallia à la doctrine de M. Broca.

M. Bouillaud lui-même, dans une séance de l'Académie de médecine, rendait hommage à M. Broca dans ces termes : « Et certes, si cette heureuse idée (la localisation à gauche), dont M. Broca a droit d'être fier, m'eût été réservée, je n'avais qu'à choisir parmi les nombreuses observations déjà recueillies par moi avant l'époque où M. Broca la conçut, pour y trouver la confirmation de sa vérité. »

La question en était là, lorsque je fus conduit par l'analyse physiologique à déterminer les

divers éléments qui constituent la fonction-langage, et à interpréter d'une façon toute différente les faits positifs sur lesquels on s'appuyait pour localiser le langage dans le côté gauche du cerveau au détriment du côté droit. Dans un mémoire que j'ai lu dernièrement devant l'Académie de médecine, et que je ne puis publier encore puisqu'il est entre les mains d'une commission qui a été chargée de l'examiner, je crois avoir démontré, par tous les moyens dont la physiologie dispose, les points suivants :

1° Le langage, analogue à toute activité cérébrale, est constitué par trois phénomènes essentiels : par un phénomène de sensibilité (le mot entendu); par un phénomène de mémoire (le mot appris et retenu); par un phénomène excito-moteur (le mot exécuté par l'appareil vocal).

2° De ces trois phénomènes, ceux de sensibilité et de mémoire peuvent seuls se suppléer dans les deux hémisphères. En d'autres termes, le mot peut être entendu et retenu dans la mémoire, bien que l'un des deux hémisphères soit lésé, et cela tient à ce que le mot entendu et le souvenir du mot sont deux phénomènes complets et identiques dans l'hémisphère droit et dans l'hémisphère gauche. Au contraire, le phénomène excito-moteur ne jouit, en aucun cas, des bénéfices de la suppléance. L'organe vocal, constitué par le larynx et les diverses parties de la face, est composé de deux moitiés symétriques dont le mouvement, par conséquent, est sous la dépendance des deux hémisphères, l'hémisphère droit, provoquant le mouvement de la moitié gauche, et l'hémisphère gauche, provoquant le mouvement de la moitié droite. Il suit de là que, dans la parole, l'action de l'hémisphère droit ne pourra pas être suppléée par l'action de l'hémisphère gauche, et comme, d'un côté il n'est pas possible de prononcer un mot avec un seul ruban et une seule moitié de l'appareil vocal, il en résultera ce fait nécessaire que l'exécution de la parole sera impossible toutes les fois qu'une lésion aura atteint les parties qui président au phénomène excito-moteur, dans un des deux hémisphères. Malgré cette impossibilité, le souvenir du mot pourra ne pas être aboli, et cela grâce à la suppléance possible de ce phénomène dans les deux hémisphères. C'est ce qui arrive, d'ailleurs, chez la plupart des malades atteints d'aphasie. Très-souvent, chez ces derniers, le souvenir du mot persiste parce que, à ce point de vue, le côté droit peut suppléer le côté gauche, tandis que l'exécution verbale est empêchée parce que, dans cette exécution, l'action des deux hémisphères est absolument indispensable.

Les deux points que nous venons de mettre en lumière, ne nous permettent pas d'accepter la localisation exclusive de la parole dans le côté gauche. Nous reconnaissons avec MM. Broca et Bouillaud, que, chez les aphasiques, on trouve la lésion à gauche quatre-vingt-dix fois sur cent; mais cela prouve tout simplement que le côté gauche est plus souvent lésé que le côté droit — ce qu'expliquent d'ailleurs, certaines conditions anatomiques. — En aucune façon, ce fait incontestable ne prouve que le côté gauche soit le siége exclusif de la parole. Nous concluons, au contraire des mêmes faits, en les interprétant d'après les données de l'analyse physiologique, que les deux hémisphères jouent un rôle indispensable dans l'exécution de la parole.

Dans une communication récente, à l'Institut, M. Bouillaud a surtout parlé de ses travaux antérieurs, dans lesquels il localise la parole dans les lobes antérieurs pris en masse; mais, dans cette circonstance, il ne s'est pas formellement rallié à la doctrine de M. Broca, comme il l'avait fait devant l'Académie de médecine.

Si cette façon d'agir a été intentionnelle, nous pourrions peut-être l'attribuer à l'influence que notre lecture l'Académie de médecine a exercée sur l'esprit de l'éminent professeur, et nous considérerions ce fait comme la récompense la plus flatteuse de nos efforts. »

— M. Claude Bernard présente une note de M. A. Salathé sur l'anémie et la congestion cérébrales provoquées mécaniquement chez les animaux par l'attitude ou par un mouvement gyratoire.

« . . . . . En plaçant des lapins dans une attitude verticale, la tête élevée, nous avons pu constater, au bout de quelque temps, outre la pâleur de la conjonctive palpébrale des narines et de la muqueuse buccale, le ralentissement progressif du cœur et de la respiration, ainsi qu'en font foi les tracés que nous avons obtenus. Nous étions, en un mot, en présence de manifestations syncopales. Celles-ci vont en s'aggravant, la respiration devenant graduellement plus faible et la sensibilité de l'animal allant en s'émoussant. Plus tard survient un phénomène qui vient témoigner encore en faveur de l'anémie bulbaire; ce sont des convulsions qui se repètent d'ordinaire à quelques reprises. Enfin la respiration s'éteint; le cœur, dont les battements sont devenus rares, continue encore à battre quelques instants pour s'arrêter finalement lui-même.

Dans la phase ultime de l'expérience, alors que la respiration s'est déjà arrêtée, on peu ramener l'animal à la vie, en le remettant en situation horizontale, et comprimant, au besoin, sa cage thoracique d'une manière rhythmée. Mieux que le retour à l'horizontale, l'attitude

verticale opposée, dans laquelle la tête est placée en bas, nous a souvent servi à ranimer rapidement un animal ayant déjà toutes les apparences de la mort.

Cette nouvelle position, à laquelle nous avons également soumis plusieurs lapins, a donné lieu à quelques phénomènes accessoires, tels qu'une exophthalmie énorme, la rougeur de la conjonctive et de la membrane nyctitante, des narines et des lèvres. La respiration et le cœur n'ont pas été influencés d'une manière fâcheuse par cette attitude que nous avons pu prolonger sans inconvénient pendant plns de six heures.

En substituant l'action de la force centrifuge à celle de la pesanteur, nous avons provoqué des effets d'anémie et de congestion cérébrales bien plus énergiques et plus rapides. L'animal était fixé sur une planche horizontale à laquelle on imprimait un mouvement de rotation uniforme de 1 tour 1/4 par seconde, déterminé par l'action d'un moteur à gaz. La tête de l'animal regardant le centre de l'appareil, la gyration favorisait le cours du sang artériel dans l'arrière-train, au détriment des parties antérieures : la tête étant tournée vers la périphérie, la force centrifuge amenait au contraire la congestion des centres nerveux. Dans les deux cas, en prolongeant la marche de l'appareil, on déterminait la mort de l'animal, que celui-ci fût un lapin, un cobaye ou un chien. Mais, tandis qu'elle mettait en moyenne dix minutes à se produire par anémie cérébrale, elle ne survenait qu'après un temps bien plus considérable, et en général au moins double, à la suite de la congestion de l'encéphale.

Dans une autre série d'expériences, l'animal était placé à l'extrémité de la planche, de façon qu'un de ses côtés fût dirigé vers le centre de l'appareil, le côté oppposé vers la périphérie : dans ce cas, l'animal ne succombait pas, même après une heure de rotation, mais il offrait des symptômes hémiplégiques bientôt dissipés.

Dans toutes ces expériences, nous avons pu enregistrer les courbes respiratoires, malgré le mouvement gyratoire, en utilisant l'axe même de l'appareil comme tube à transmission. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 juin 1877. — Présidence de M. Géry.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend des journaux et écrits périodiques.

COMMUNICATION VERBALE

M. Gillette donne des nouvelles à la Société de la malade qu'il a opérée d'ovariotomie, et dont il a parlé déjà dans les deux séances précédentes.

La fistule hypogastrique, qui existe encore, est moins profonde; la plaie a présenté, pendant quelques jours, un aspect mauvais pouvant faire craindre le développement d'accidents; mais, à la suite d'injections d'une solution de chlorure de zinc et de chloral, il a vu les lèvres de la plaie reprendre une couleur rosée. Un drain fenêtré pénètre à 4 centimètres.

PRÉSENTATION

M. Gillette présente des pièces pathologiques provenant d'une résection du coude. Les pièces osseuses ont pris un aspect spongieux des plus remarquables, et présentent une légèreté vraiment extraordinaire. Le malade a été opéré par la méthode de M. Ollier.

M. Forget demande s'il a vu dernièrement le malade, et si la guérison a été obtenue. Il soutient que le périoste ne peut être ménagé dans le cas auquel M. Gillette a eu affaire.

M. Gillette répond que le malade a été opéré il y a trente-deux jours, et que la guérison est prochaine. Quant à la résection sous-périostée, elle était impossible dans le cas actuel.

M. Forget : La pièce qui vient de nous être présentée est un type d'ostéite raréfiante. Le malade ne pourra se servir de son bras qu'à l'aide d'une articulation incomplète. Il se fera entre les extrémités osseuses une production de tissu fibreux qui permettra au moins quelques mouvements.

La pièce est très-belle au point de vue pathologique et clinique; autrefois, en face d'un cas semblable, on eût pratiqué l'amputation.

M. de Beauvais rappelle que Gerdy, dans une de ses leçons, prit des os ainsi raréfiés et les lança dans l'auditoire. Ces pièces, en vertu de leur légèreté considérable, tombèrent sans danger pour la personne qui avait été touchée.

M. Gillette fait remarquer que le malade ainsi opéré aura toujours une articulation assez défectueuse au point de vue des mouvements, mais ils ne seront pas cependant impossibles, à cause de la production du tissu fibreux.

L'état général est très-bon depuis l'opération, et un état fébrile marqué, qui existait avant

l'opération, avait disparu vingt-quatre heures après. M. Gillette suppose que la lésion osseuse a eu pour point de départ un traumatisme de l'articulation; peut-être le malade avait-il été blessé pendant la guerre?

—

M. Gillette présente ensuite le pied et la partie inférieure des deux os de la jambe, recueillis chez un malade qu'il a amputé à Saint-Antoine. La pièce, bien que présentant certaines analogies avec la précédente, en diffère cependant notablement. L'os est comme boursouflé et formé d'une mince coque osseuse à l'intérieur de laquelle le tissu osseux a subi une raréfaction considérable (ostéoporose).

Le pied a subi une grande déformation; les os du tarse sont soudés entre eux.

M. Onimus se demande si la déformation ne serait pas le résultat de la rétraction musculaire. Il suppose que le muscle triceps sural souffrant a pu se rétracter et être le point de départ de la déformation.

M. Forget : D'après le simple examen de cette pièce, il est difficile de se rendre compte de la déformation; cette pièce diffère des cas d'ostéite ordinaire; elle me paraît être un cas de dégénérescence graisseuse de l'os.

M. Onimus : Il n'est pas rare, à la suite de la fièvre typhoïde, de voir survenir des atrophies et des dégénérescences graisseuses. Il se produit, à la suite de cette maladie, des troubles de nutrition du côté des os et des muscles.

M. Gillette : La contraction musculaire a évidemment eu une part dans la production de la déformation. J'ai vu le malade deux ou trois ans seulement après le début de la lésion, et, à ce moment, il marchait sur l'extrémité de ses orteils. Je crois que c'est par la marche que la déformation a été exagérée.

COMMUNICATION

M. Gillebert Dhercourt fils fait la communication suivante :

A propos d'une récente communication de M. le docteur Desprès à l'Académie de médecine, sur les corps étrangers de la trachée et les signes stéthoscopiques de leur présence dans ce conduit, je veux vous raconter un fait dans lequel j'ai dû remettre à plus tard le diagnostic de position, voire même d'existence, du corps étranger, tant était pressante la nécessité d'agir.

Il y a quatre ans, on m'apporta un soir, dans mon cabinet, un enfant de 6 ans qui, disait le père, avait aspiré un haricot. Le pauvre petit était cyanosé, couvert de sueur froide, sans pouls, et respirait si faiblement que l'oreille, appuyée sur la poitrine, ne percevait aucun murmure. La persistance de la fonction était révélée seulement par de petites contractions musculaires.

Pendant que je préparais ce qu'il fallait pour ouvrir la trachée, j'envoyai prévenir un confrère qui se rendit de suite à mon appel, puis je pratiquai la trachéotomie à l'aide du bistouri. Bien servi par les circonstances, je n'eus aucune cause de retard dans mon opération, qui fut, en somme, rapidement faite; mais, malgré cela, aucun bruit ne se produisit au moment de l'ouverture de la trachée; — l'enfant ne respirait plus. — Je m'empressai de faire de la respiration artificielle, en maintenant la trachée béante à l'aide du dilatateur, et j'eus le plaisir, après avoir pratiqué une quarantaine d'insufflations, suivies chacune de pression des parois thoraciques, d'entendre mon petit opéré faire spontanément une inspiration; d'autres succédèrent, et la respiration s'établit.

Je plaçai une canule et je me pris à réfléchir. Le corps étranger était évidemment dans le larynx, puique la respiration se faisait librement par la trachée. Comment le saisir? Par la bouche? Mais l'enfant refusait énergiquement de l'ouvrir. Par l'ouverture trachéale? Je pouvais blesser les cordes vocales. L'enfant était bien, la coloration de la peau était revenue, les yeux avaient repris leur vivacité, le pouls devenait normal; j'attendis.

Le lendemain, l'enfant, après avoir passé une bonne nuit, s'alimentait fort bien; la plaie du cou ne présentait même pas de rougeur périphérique. J'attendis encore, mais bien décidé à tenter une exploration le jour suivant. En effet, ce jour-là, le deuxième depuis l'opération, je m'apprêtais à agir, lorsque l'aspect du petit malade me surprit.

La face était rouge, la respiration semblait difficile et le pouls montait; d'autre part, la canule était un peu déplacée, le pavillon, ou plutôt la plaque, n'adhérait plus aux téguments du cou par sa partie inférieure. J'écouvillonnai, mais la paroi interne du tube était sèche. Je songeai alors que le corps étranger avait bien pu tomber dans la trachée, s'être logé entre le dos de la canule et la paroi trachéale, portant ainsi l'orifice de la canule contre la paroi opposée, et ayant modifié aussi la position de la plaque. Avec cette pensée, et dans l'espoir que le corps étranger serait plus accessible à mes recherches dans sa nouvelle position, j'enlevai la canule; l'enfant fit un effort de toux. Je vis un corps blanchâtre se présenter entre les lèvres de la

plaie, et je n'eus qu'à saisir très-aisément, avec de petites pinces à dents de souris, le haricot.

Je couvris la plaie avec des compresses sèches; le surlendemain, la cicatrisation était opérée, et l'enfant retournait à la campagne.

Voici donc un cas dans lequel j'ai dû employer de suite un moyen extrême avant d'avoir pu, et pour mieux dire sans avoir pu, constater *de auditu* l'existence du corps étranger.

M. DE BEAUVAIS : Étant interne de Boyer, j'ai eu l'occasion de voir un cas semblable; le corps étranger, qui était également un haricot, était engagé profondément; on pratiqua la trachéotomie, mais la mort survint le lendemain, sans que le corps étranger pût être extrait.

M. FORGET fait remarquer que le haricot occupait une situation bizarre, puisqu'il était placé au-dessus du point où la canule pénétrait dans la trachée.

M. GILLETTE : Je crois que, dans le cas de M. Gillebert Dhercourt, la canule a été heureuse, puisqu'elle a empêché le haricot de tomber plus profondément.

M. GILLEBERT DHERCOURT répond qu'il savait parfaitement que le corps étranger n'avait pas dépassé le larynx.

—

M. TISSIER rapporte l'histoire d'un jeune homme de 19 ans, atteint de blennorrhagie, qui reçut un coup de pied sur le tibia. Il survint une plaie qui mit trois mois à guérir, puis il survint des anthrax; les urines, examinées par la liqueur cupro-potassique et la potasse, révélèrent alors la présence de la glycose, et en conclut que la plaie a présidé au développement du diabète.

M. GÉRY demande s'il n'existait pas de sucre dans l'urine avant la production de la plaie. On voit, en effet, souvent des malades chez lesquels on ne soupçonne pas l'existence du diabète, et qui sont glycosuriques depuis longtemps déjà lorsqu'on fait la découverte du sucre dans les urines.

M. DE BEAUVAIS : Il est probable que le malade était glycosurique avant la production de la plaie, et ce qui me le fait supposer, c'est le temps que la plaie a mis à se cicatriser. On ne recherche pas assez souvent la glycose; j'ai vu très-souvent cette glycose exister dans les urines de jeunes enfants.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, A. LE BLOND.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1877. — Présidence de M. PANAS.

SOMMAIRE. — De l'emploi du thermo-cautère dans l'opération de la taille. — Rapports. — Contracture des adducteurs de la cuisse simulant la coxalgie. — De la réduction des hernies sous le péritoine par l'ouverture faite au collet du sac. — Corps étranger du rectum. — De l'emploi de la compression digitale dans les cas de fistule urinaire.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, et des remarques dont a été l'objet sa communication relative à l'opération de la taille par le thermo-cautère, M. Théophile Anger dit qu'il n'a employé le thermo-cautère sur le vivant que pour les préliminaires de la taille, mais que, si un nouveau cas se présentait, il n'hésiterait pas à pratiquer l'opération tout entière par cette méthode. Depuis la dernière séance, il s'est livré à l'expérimentation sur le cadavre de la manière suivante :

Le cathéther étant introduit dans la vessie, on incise les tissus avec le thermo-cautère jusqu'à ce que l'on sente la rainure du cathéter. On fait alors une ponction avec le thermo-cautère, et l'on introduit par la rainure du cathéter un écarteur à trois branches jusque dans la vessie. Le cathéter est alors retiré. Entre les branches de l'écarteur, on incise la prostate dans toute son étendue, jusqu'à ce que le doigt puisse pénétrer facilement dans la vessie.

Dans une autre expérience, M. Anger a fait deux petites incisions latérales; le résultat a été également satisfaisant.

M. Théophile Anger fait ensuite un rapport sur diverses communications de M. le docteur Berger, professeur agrégé à la Faculté, candidat à une place vacante de membre titulaire de la Société de chirurgie. Le premier travail est relatif à une opération de trachéotomie pratiquée avec le thermo-cautère sur une femme atteinte d'œdème phlegmoneux du cou, consécutif à une nécrose du cartilage cricoïde. La malade était convalescente d'une fièvre typhoïde; l'opération ne fut accompagnée d'aucun écoulement de sang; il n'y eut pas d'eschare à la surface de la plaie; au bout de cinq semaines, la guérison était complète.

Dans un second travail, M. Berger expose les complications pulmonaires qu'il lui a été donné d'observer dans le cours de l'étranglement herniaire.

Une femme de 52 ans, atteinte de hernie entéro-épiploïque irréductible, fut prise d'accidents d'étranglement. M. Lucas-Championnière débrida le collet du sac, et, ne pouvant réduire, à cause de l'existence d'adhérences nombreuses et anciennes, dut laisser l'opération inachevée. La malade mourut de congestion pulmonaire quatre jours après l'opération. A l'autopsie, on ne trouva aucun signe de péritonite; les poumons étaient congestionnés et le gauche était hépatisé. M. Berger a cru devoir, après M. Verneuil, signaler de nouveau à l'attention des praticiens les caractères insidieux de ces congestions viscérales consécutives aux étranglements herniaires.

M. le rapporteur mentionne encore, parmi les travaux lus devant la Société de chirurgie par M. Berger, une *observation de luxation sous-astragalienne en dehors*, et, enfin, une *observation de fracture du crâne, avec enfoncement des fragments, guérie sans trépanation.*

— M. Verneuil communique les résultats de son observation relativement à une maladie de l'enfance qui simule la coxalgie, et qui a dû, suivant lui, être confondue avec cette dernière affection.

Cette maladie est caractérisée par une certaine gaucherie de la démarche, parfois par de la claudication, la limitation de certains mouvements, l'attitude vicieuse des membres et du bassin.

Dans les premiers cas qui se présentèrent à son observation, M. Verneuil, bien que constatant l'absence des signes propres à la coxalgie, ne savait à quelle affection les rattacher; puis, ayant vu les faits se multiplier et se présenter toujours avec la même physionomie, il arriva à conclure qu'il s'agissait d'une maladie essentiellement caractérisée par la *rigidité des muscles adducteurs de la cuisse.*

M. Verneuil a eu l'occasion d'observer, il y a quelque temps, un enfant de 3 ans, chétif, pâle, atteint de claudication intermittente sans douleur. Le petit malade étant placé debout, et de profil, on pouvait constater un léger degré de flexion des cuisses sur le bassin, la saillie des fesses, la flexion de la jambe sur les cuisses; en un mot, l'enfant ressemblait, par l'attitude de ses membres inférieurs, à un petit vieillard.

En le regardant de face, on trouvait une symétrie absolue; les plis fessiers étaient au même niveau, les genoux rapprochés, la pointe des pieds en dedans.

Tous les malades que M. Verneuil a eu l'occasion d'observer marchaient à petits pas comme de petits vieillards. Si la lésion est unilatérale, il y a apparence de claudication, l'un des pas étant plus long que l'autre.

Lorsque les malades sont couchés, on constate un certain degré d'*ensellure*, mais il y a symétrie complète des deux membres, sans allongement ni raccourcissement; la flexion de la cuisse sur le basssin se fait complétement, mais l'extension est incomplète; rien de particulier du côté de l'adduction, mais l'abduction est très-limitée; l'abduction avec flexion est facile. Chez l'enfant dont il s'agit, la flexion n'a jamais été douloureuse, mais il y a moins de souplesse des mouvements le matin que dans le reste de la journée; pas d'antécédents de scrofule.

L'un des premiers malades observés par M. Verneuil était né de parents goutteux; son frère aîné avait eu une scoliose aiguë qui avait guéri rapidement; un autre frère avait un pied plat paralytique. Généralement, les petits malades appartiennent à des parents atteints de diathèse rhumatismale.

L'affection est presque toujours bilatérale, la flexion n'est presque jamais douloureuse, la maladie est souvent intermittente, l'âge des malades observés par M. Verneuil était de 3 à 14 ans.

Quant aux muscles affectés, ce sont les adducteurs de la cuisse et peut-être le psoas. Ces muscles sont atteints de rigidité. Les muscles fessiers sont, en partie, paralysés. M. Verneuil ignore les causes de la lésion. Le pronostic est assez favorable; M. Verneuil a vu guérir complétement deux malades qu'il a pu suivre.

En ce qui concerne le diagnostic, on ne pourrait confondre cette maladie qu'avec la coxalgie commençante; mais la contracture est ici presque toujours bilatérale, tandis que la coxalgie double est extrêmement rare. Dans la coxalgie, il y a toujours déviation du bassin, asymétrie des membres dans la station verticale, et, dans la marche, claudication par immobilisation de l'articulation coxo-fémorale. Quand les coxalgiques sont couchés sur le dos, tous les mouvements de l'articulation de la hanche sont gênés.

Quant au traitement, comme il s'agit de contractures musculaires, l'immobilisation pourrait avoir des inconvénients; M. Verneuil conseille l'application de courants continus sur les muscles adducteurs, et de courants interrompus sur les autres muscles. Ce traitement doit être corroboré par un régime tonique et l'emploi de l'hydrothérapie sous forme de douches froides.

M. Houel dit qu'il donne des soins à une jeune fille qui présente des symptômes tout à fait semblables à ceux que M. Verneuil vient de décrire. La douleur n'existe que dans l'abduction de la cuisse. M. Houel pense que ces phénomènes dépendent de légers troubles dans les fonctions cérébrales.

— M. Farabeuf fait une communication relative à la réduction de l'intestin hernié sous le péritoine par l'incision faite au collet du sac pour le débridement.

En janvier 1876, M. Farabeuf assistait à une opération de hernie inguinale étranglée; le chirurgien débrida en haut et en dehors. Les symptômes de l'étranglement persistèrent et le malade mourut.

A l'autopsie, M. Farabeuf remarqua que l'anse intestinale s'était engagée sous la séreuse péritonéale, sous l'influence du taxis; l'anse était donc restée sous le péritoine de la fosse iliaque.

Un mois après, assistant à l'autopsie d'une femme morte après l'opération de la hernie crurale étranglée, M. Farabeuf vit que l'anse intestinale avait été également refoulée sous le péritoine par la fente du débridement. Ces accidents sont favorisés par un débridement trop large et par la facilité avec laquelle la séreuse est décollée sous l'influence des efforts du taxis.

— M. Tillaux met sous les yeux de ses collègues une bougie qu'il a retirée du rectum d'un individu, âgé de 34 ans, qui se l'était introduite par une inspiration de honteuse lubricité. Quatre jours après ce triste exploit, le malade s'en vint chez M. Tillaux pour se faire opérer. M. Tillaux le soumit, dans ce but, aux inhalations de chloroforme, mais il ne put parvenir à dilater la région anale indurée par des cicatrices d'anciens abcès. Le lendemain, après plusieurs injections faites avec de l'eau et de la glycérine, M. Tillaux put enfin extraire la bougie au moyen de tenettes. Mais le malade mourut de péritonite suraiguë le jour suivant.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une eschare de l'instestin au niveau de l'S iliaque à l'endroit où, pendant plusieurs jours, le bord de l'extrémité correspondante de la bougie avait exercé une compression permanente.

— M. Maréchal lit une note sur l'emploi de la compression digitale dans les cas de fistules urinaires spontanées ou traumatiques.

D[r] A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

De l'empoisonnement par le plomb employé dans le rinçage des bouteilles, par M. A. DUMAS, de Cette. — L'auteur cite plusieurs observations d'intoxication saturnine survenue sous cette influence. Il faut donc proscrire la grenaille de plomb dans le rinçage des bouteilles qui doivent contenir le vin et la remplacer soit par la chaînette en fer ou la brosse *ad hoc* qu'on trouve dans le commerce.

Il arrive souvent que l'on trouve difficilement l'origine de l'empoisonnement saturnin. Aussi, doit-on porter son attention sur tous ces faits et sur ceux qu'a fait connaître le docteur Gibert, du Havre. Dans un cas, un rédacteur de journal s'était intoxiqué avec des pains à cacheter renfermant du plomb, qu'il avalait en travaillant; dans un autre, c'est un individu qui abusait de grains de cachou de Bologne, accidentellement souillés par ce métal. (*Montpellier médical*, juin 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

POUDRE CONTRE LE PRIAPISME. — PUCHE.

Bromure de potassium.	1 à 2 grammes.
Sucre en poudre.	6 grammes.

Mêlez et divisez en 12 paquets.

Un, toutes les deux heures, contre le priapisme; qu'il soit symptomatique d'une maladie chronique de la peau, ou d'une blennorrhagie, ou bien qu'il dépende simplement d'un état d'éréthisme nerveux général. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Par décrets du Président de la République, en date du 5 septembre 1877, rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur et d'après l'avis conforme du Conseil de l'ordre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Gueneau de Mussy, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, membre de l'Académie de médecine. Chevalier du 11 août 1859.

Au grade de chevalier : M. le docteur Denis-Dumont (Pierre-Léonard-Édouard), médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen; 22 ans de services dans les hôpitaux de Caen et comme professeur de l'École de médecine de cette ville; médecin des épidémies, des pauvres et du parquet; chirurgien de la gendarmerie et de la compagnie de sapeurs-pompiers; membre de plusieurs Sociétés savantes; belle conduite lors des épidémies cholériques de 1865 et 1873, et dans les ambulances à l'époque de la guerre.

Congrès du Havre. — Jeudi, 30 août, le Congrès s'est terminé par une séance générale, où ont eu lieu la désignation des villes pour les sessions de 1878 et 1879, les adieux et remercîments du président sortant, M. Broca, et plusieurs nominations.

A cause de l'Exposition universelle de 1878, Paris a été choisi, pour cette année, comme siége du prochain Congrès. Et, sur la demande du Conseil municipal de Montpellier, on a désigné cette ville pour 1879.

M. Bardoux, ancien député du Puy-de-Dôme, a été nommé vice-président pour 1878 par 139 voix sur 151. Cette nomination le fait président de droit pour l'année suivante. Celui qui a remplacé M. Kulhmann, démissionnaire, et qui dès maintenant est président de l'Association, est M. Frémy, de l'Institut. Ses beaux travaux de chimie pure et de chimie industrielle le désignaient naturellement pour servir de représentant à la science française près de l'industrie du monde entier.

L'Association s'est ensuite séparée après avoir émis plusieurs vœux : Qu'un fil télégraphique reliât rapidement le pic du Midi à la plaine; — que le gouvernement prît les mesures nécessaires pour mettre le service météorologique de la France au niveau de ceux de l'Angleterre et de l'Amérique. Elle a aussi témoigné de sa sympathie pour la grande œuvre de l'Association internationale qui se propose, sous la présidence du roi des Belges, de faire parvenir les progrès de la civilisation européenne dans les parties centrales de l'Afrique; elle a voté une subvention pour cette Société.

Démolitions de l'ancien Hôtel-Dieu. — Les démolitions des bâtiments de l'hôpital de l'ancien Hôtel-Dieu, sur la place du Parvis-Notre-Dame, s'effectuent rapidement; les ouvriers ont attaqué les deux extrémités des vieux bâtiments; seule, la porte d'entrée, élevée en 1804, sur les dessins de l'architecte Clavereau, subsiste encore, et le transport des statues qui ornent le vestibule n'est pas encore effectué : ces statues sont celles de M. de Montyon, en marbre, et du vénéré saint Vincent de Paul. Dans un autre vestibule, celles de saint Landry, évêque de Paris, saint Louis, roi de France, Henri IV, et de M. Benjamin Delessert, destinées à être placées dans les salles et les jardins du nouvel Hôtel-Dieu.

Pendant quelque temps encore, dit la *Patrie*, à la grande satisfaction des archéologues, il survivra à l'œuvre de destruction, mais cette fois utile, la façade inférieure des bâtiments qui se trouve sur le petit bras de la Seine. — Les *cagnards*, dénomination sous laquelle on connaît ces parties basses des constructions qui étaient au service des cuisines, à la salle de garde des internes, seront conservés jusqu'au jour où les ingénieurs de la navigation disposeront des crédits nécessaires pour la continuation du quai, la construction du mur de soutènement et la réfection du petit pont à une arche qui relie la Cité à la rive gauche de la Seine.

Cette opération ne pourra guère être décidée avant trois mois, et il est peu probable, en raison de l'époque avancée de la saison, qu'elle puisse recevoir un commencement d'exécution cette année.

Ajoutons que les arbres qui étaient plantés entre le bâtiment en façade sur la place du Parvis et la grille de clôture de l'Hôtel-Dieu, distraits de l'adjudication, ont été transportés dans le parc de Montsouris.

Mission scientifique dans le Cambodge. — M. le docteur Harmand, chargé depuis deux années d'une importante mission scientifique dans le Cambodge, vient de faire un premier envoi de collections zoologiques fort précieuses. Le docteur, après avoir d'abord remonté le Meï-Kong et visité plusieurs provinces siamoises, s'était vu forcé, par les troubles régnant dans le pays, de regagner la Cochinchine. Il n'y fit pas long séjour et alla s'instaler momentanément dans les îles de Poulo-Condor, dont l'intérieur, avant lui, n'était guère connu que des déportés annamites.

Malgré de grandes difficultés, le hardi explorateur put étudier ces îles sous le rapport de leur histoire naturelle et y recueillir des sujets curieux et intéressants. C'est ainsi qu'il a expédié pour le Muséum deux ibis de grande taille appartenant à des espèces nouvelles, des oiseaux, des mammifères, des chauves-souris et autres animaux rares et à peu près inconnus, et qu'il annonce de prochains envois également variés. L'itinéraire qu'il se propose de suivre fait espérer qu'ils ne seront pas inférieurs au premier.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

HELMINTHOLOGIE

SUR LES TÉNIAS, LES ÉCHINOCOQUES ET LES BOTHRIOCÉPHALES DE L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 13 octobre et du 3 novembre 1876,

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE,
Membre de l'Académie de médecine,
Agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

Messieurs et chers collègues, lorsque je vous ai apporté, il y a près d'une année, l'observation que je venais de recueillir d'un Ténia de couleur ardoisée (1), j'étais loin de m'attendre aux intéressantes communications qui l'ont suivie. Notre Société a eu souvent l'heureux privilége (2) de débattre les questions du moment et d'attirer à elle les meilleurs travaux; cette fois, elle a recueilli des documents du premier ordre sur la fréquence du Ténia et sur le traitement de ces helminthes. Les mémoires et les observations de MM. Archambault (3), Chauffard, Potain, Vallin (4), Henri Roger (5), Van Peteghen, E. Vidal (6), Bucquoy, Féréol (7), Léon Colin (8),

(1) *Observation d'un Ténia remarquable par sa coloration ardoisée* (*Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, p. 297, séance du 10 décembre 1875).

(2) Constantin Paul. *Pigmentation de la tête du Tænia inerme* (*Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2e série, t. XII, p. 298, 1875). — E. Besnier. *Sur l'accroissement de la consommation des tænifuges dans les hôpitaux,* lettre de M. le professeur Regnauld (idem, t. XII, p. 319, 1875). — Léon Colin. *Du Tænia dans l'armée,* avec figures dans le texte (idem, t. XII, p. 320-338, 1875).

(3) Archambault. *La viande de bœuf crue et pilée donne le Tænia; expulsion par la graine de citrouille* (*Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2e série, t. XIII, p. 4, 1876).

(4) Vallin. *Étude sur la température centrale des viandes rôties pour arriver à la destruction des Cysticerques produisant le Tænia* (idem, t. XIII, p. 9, 1876).

(5) Henri Roger. *Du Tænia chez les enfants. — Du Tænia inerme produit par le régime de la viande crue* (idem, t. XIII, p. 38, 1376).

(6) E. Vidal. *De la fréquence du Tænia inerme* (idem, t. XIII, p. 72, 1876).

(7) Féréol. *Vertiges épileptiques et attaque épileptiforme chez un individu qui rendait des fragments de Tænia depuis plusieurs années; expulsion simultanée de trois têtes de Tænia solium* (idem, t. XIII, p. 172, 1876).

(8) Léon Colin. *Observations de MM. Cauvet et Jules Arnould sur le Cysticerque du bœuf, faites en Algérie* (idem, t. XIII, p. 176, 1876).

FEUILLETON

RAGATZ — PFAEFFERS.

A Monsieur le docteur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Ragatz, 1er septembre 1877.

Mon cher ami,

Je vous écris de Ragatz, tout à fait à l'extrémité orientale de la Suisse. Une petite heure de marche, le temps de gravir une montagne qui est là, tout près, devant moi, et je pourrais fouler le sol autrichien. Je n'en ai guère envie, je vous assure, car j'ai ici de quoi satisfaire la curiosité la plus exigeante.

Ragatz n'était rien il y a un certain nombre d'années : une douzaine de maisons de paysans, une église sans caractère architectural, — il n'y avait pas là de quoi attirer les touristes. Pourtant, aujourd'hui, c'est presque une petite ville, jeune, coquette, ayant de superbes hôtelleries, offrant à l'œil des boutiques bien achalandées, faisant miroiter, surtout, des broderies de Saint-Gall, que nos filles d'Ève trouvent merveilleuses, et que les maris ou les amoureux dédaignent. Et pour cause.....

Ce qui fait la juste réputation de Ragatz, c'est sa situation vraiment exceptionnelle ; ce sont aussi les sources thermales de Pfaeffers, qui n'en sont éloignées que d'une petite heure pour un marcheur que visitait déjà le rhumatisme et la goutte.

Masse et Pourquier (1), Lereboullet (2), etc., sont encore présents à votre esprit. J'aurais pu moi-même, pendant la discussion, apporter plusieurs faits recueillis dans mon service, mais j'ai voulu attendre que le dernier orateur inscrit eût pris la parole. Aujourd'hui seulement, je viens réclamer votre bienveillante attention ; je désire vous soumettre des réflexions générales. De plus, je représenterai à la craie, sur le tableau, des détails de structure des vers cestoïdes (*Ténias*, *Echinocoques et Botriocéphales*) que nous observons à l'hôpital et dans la ville. Cet ensemble, sera une sorte de résumé de l'intéressante question du Ténia que j'avais soulevée.

I. — DES TÉNIAS RENDUS PAR LES MALADES A L'ÉTAT SEXUÉ OU STROBILAIRE. — TÉNIA ARMÉ ET TÉNIA INERME.

§ 1. Ténia inerme, Tænia inermis.

Les personnes réellement atteintes du Ténia et qui se présentent à la consultation des hôpitaux apportent presque toujours, dans un flacon, les fragments du ver qu'elles ont recueillis. Ces fragments, mis dans l'eau-de-vie ou l'esprit-de-vin, sont facilement reconnaissables (fig. 1), même s'ils sont contractés par le liquide alcoolique : ils sont isolés, séparés un à un, de forme allongée, aplatie, non cylindrique, quoique parfois un peu contournés ou repliés. La coloration est jaunâtre, et il faut une attention assez marquée pour trouver, sur un des bords longitudinaux, l'ouverture génitale. La longueur est de un centimètre à un centimètre et demi, la largeur de 5 à 7 millimètres environ (fig. 1).



Fig. 1. *Fragments de Ténia* conservés dans l'esprit de vin.

Quand les fragments récemment rendus ont été mis dans l'eau pure, leur forme est tout à fait caractéristique (fig. 2). Ils sont en carré allongé, rectangulaires, à bords parallèles, d'un blanc d'albumine cuite, ou à peine jaunâtres ; la longueur

(1) E. Masse et P. Pourquier. *La ladrerie du bœuf et le Tænia inerme* (*Bull.* de la Soc. méd. des hôp., t. XIII, p. 199, 1876).

(2) Lereboullet. *Bothriocéphale large, fenêtré, et à extrémité bifide* (idem, t. XIII, p. 320, 1876).

Rien de plus charmant que cette station thermale de Ragatz, bâtie à l'entrée d'une gorge unique peut-être au monde, enserrée dans un demi-cercle de splendides montagnes, telles que le Frendenberg, le Wartenstein, le Mont-Tabor, longée, d'un côté, par le torrent de la Tamina, éloignée de quelques cents pas du Rhin. L'église, comme je viens de vous le dire, n'a rien de remarquable, et ne paraît pas remonter plus haut que le commencement du XVIIe siècle. Le cimetière qui l'entoure, et dans lequel on inhume encore aujourd'hui, sert de repos éternel à quelques personnages de haut rang dans la magistrature, dans l'armée et dans les sciences, lesquels sont venus mourir à Ragatz, comptant inutilement sur la puissance thérapeutique de ses eaux thermales. J'ai relevé ces noms, qui nous appartiennent plus ou moins directement :

Édouard Vernes, né en 1791, à Lyon, mort ici en 1871.

J.-Ant.-Sébast. Federer, docteur en philosophie ; 22 octobre 1868.

Joh. Franz Hager, docteur en médecine ; août 1814.

Le docteur Martin Haug, professeur dans le Wurtemberg, né le 30 janvier 1827, mort le 3 juin 1876.

Le docteur Jos.-Martin Jæger, né le 6 mai 1802, mort le 1er mai 1865. Il repose à côté de sa femme et de sa fille.

Les artistes ne peuvent manquer d'admirer un superbe monument en marbre blanc, élevé à la mémoire « du plus profond penseur de l'Allemagne, Frédéric-Guillaume-Joseph von Schelling, professeur de philosophie », mort à Ragatz le 20 août 1854. Ce fut Maximilien II, roi de Bavière, qui honora ainsi le savant dont il avait été l'élève.

Enfin, une tombe qui sue, en quelque sorte, les larmes : Sous ce petit monticule de terre gisent trois femmes précipitées accidentellement dans la Tamina, le 3 juillet 1866 : Marguerite Hollywood, miss Nannie Walker, et mistriss Delff, mariée à un professeur d'Heidelberg.

varie peu, de 2 à 2 centimètres et demi, la largeur de 6 à 8 millimètres. Sur un des côtés, vers la partie médiane, on aperçoit nettement un léger bourrelet entourant une dépression qui est l'orifice, le pore ou, en d'autres termes, l'ouverture commune génitale (fig. 2).

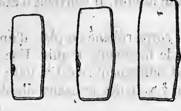


Fig. 2. *Fragments de Ténia* placés dans l'eau.

En interrogeant le malade sur la sortie du ver, il nous affirme que les fragments qu'il apporte s'échappent malgré sa volonté et que tous les efforts qu'il fait en contractant le sphincter anal, ne peuvent suffire; les morceaux séparés sortent et tombent dans les vêtements ou sont retrouvés dans le lit. Les malades ont observé que les morceaux de ver remuent pendant assez longtemps et ils les ont vus changer de formes quand ils les plaçaient dans la main.

Aux caractères macroscopiques de *fragments séparés, isolés, rendus malgré la volonté du malade*, on peut affirmer actuellement qu'il s'agit d'un *Ténia inerme*.

Un seul fragment, ou cucurbitin, pourrait suffire pour assurer le diagnostic, surtout s'il a été mis dans l'eau et s'il n'est pas racorni. En le plaçant sur une lame de verre et en l'imbibant d'une solution de potasse au centième, on voit au microscope et avec un faible grossissement, les parties obscures s'éclaircir, les téguments devenir transparents. On aperçoit finalement la disposition interne des organes génitaux femelles, ou de l'utérus extrêmement développé : un axe médian, allongé, d'où partent, de chaque côté, des rameaux parallèles qui se divisent en deux ou trois branches, et au nombre de vingt à trente de chaque côté (fig. 3).



Fig. 3. Fragment séparé, ou *Cucurbitin de Ténia inerme*, traité par une solution de potasse et légèrement grossi.

Une journée de plaisir transformée en un jour de deuil!... Un cheval peu habitué au mugissement du torrent, fou de terreur, a jeté dans le gouffre la bande joyeuse!...

Je viens de vous dire que les eaux thermales de Pfæffers avaient donné à Ragatz un essor inattendu, et qu'elles n'étaient éloignées de cette dernière localité que par une petite heure de marche.

Figurez-vous une gorge étroite, sinueuse, longue de 4 à 5 kilomètres, formée d'un côté par des montagnes granitiques hautes de 220 mètres, et coupées à pic; et, de l'autre côté, par une chaîne moins abrupte, mais non moins élevée, et couverte de cette riche et variée végétation qui donne un si grand caractère aux régions alpestres. Dans toute la longueur de cette gorge coule, ou plutôt se précipite en grondant et en mugissant, la *Tamina*, que rien n'arrête, qui bondit par-dessus d'énormes blocs tombés dans son lit, et pour laquelle des arbres entiers ne sont que des fétus de paille dont elle se joue à plaisir. Des parois immenses de ce grandiose encaissement tombent de magnifiques cascades qui vont se perdre, d'une hauteur vertigineuse, dans le torrent. On est saisi d'admiration devant un tel spectacle.

Mais cette admiration devient de la stupeur lorsqu'on arrive à l'origine du torrent. Je ne peux mieux vous donner une idée de cette merveille qu'en vous priant de supposer (ce qui pourrait bien, du reste, être la vérité) que, dans une étendue d'environ 500 mètres, les deux chaînes de montagnes qui forment la gorge de la Tamina ont reçu, — à quelle époque, bon Dieu! — une secousse assez violente pour les ébranler toutes deux, et que, près de tomber, elles se sont rencontrées par plusieurs arêtes de leurs sommets; elles se sont ainsi arc-boutées, elles se sont soutenues l'une l'autre, elles se sont prêté un mutuel appui, et ont ainsi formé

Cette disposition de l'utérus dans les cucurbitins est propre au Ténia inerme, car le *Tænia solium*, ou Ténia armé, offre sur les derniers anneaux du corps les œufs renfermés dans un utérus peu ramifié et dont les branches, au nombre de six à treize, ont une disposition dendritique (voyez plus bas, fig. 11).

Le malade ayant rendu le ver rubané dont il était atteint, il convient d'examiner ce dernier dans toutes ses parties.

Le *Ténia inerme* se présente sous l'aspect d'un corps rubané ou plat, d'une longueur de plusieurs mètres, formé d'anneaux ou de fragments réunis. Une extrémité est très-effilée et terminée (fig. 4) par un petit renflement : c'est la tête ; l'autre extrémité est moins élargie que le milieu et on y voit des anneaux absolument pareils à ceux que rendait le malade.

La *tête*, ou *scolex*, représente un renflement surmontant une portion rétrécie en forme de cou (fig. 5). Le devant est peu avancé et coupé droit, comme tronqué, sans prolongement ou rostre ; la tête est pourvue de quatre ventouses visibles à

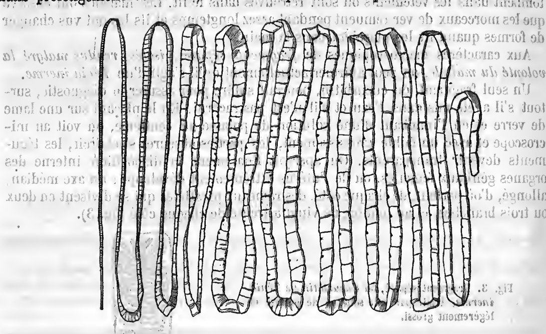


Fig. 4. ***Ténia inerme*** **représenté en petit et dans son ensemble.**

entre elles une sorte de caverne immense, éclairée en haut par des *jours* qui font filtrer la lumière dans l'antre. Lorsqu'on pénètre dans cette caverne, l'on se demande si l'on n'est pas le jouet d'une illusion infernale ; le grondement de la Tamina, ces géants de granit sombre qui semblent vouloir vous écraser, ces filets de lumière qui se projettent sur les parois, ces arbres, cette verdure, ce ciel bleu que l'on aperçoit là-haut, tout là-haut, comme pour vous dire que vous n'êtes pas dans l'enfer, ces nuages de vapeur d'eau chaude qui voltigent çà et là sur la nappe glacée ; — tout cela fait battre violemment le cœur ; on se sent oppressé, non par un sentiment de terreur, mais par l'éclatante et prodigieuse expression d'une puissance insondable !...

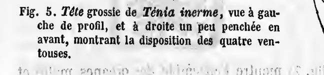
C'est au fond de ce gouffre qu'émergent les trois sources d'eau thermale, dites sources de Pfæffers, savoir : le *Kessel* (chaudière), source principale et la plus employée ; le *Gumpen* (réservoir) ; le *Herrenbad* (bain des Seigneurs). Elles débitent, en vingt-quatre heures (source principale) environ, 51,000 hectolitres ; leur température est, à l'émergence, de 37° C.

Vous comprenez, mon cher ami, que, dépourvu de tout ouvrage, je ne peux guère vous donner de détails scientifiques sur ces eaux. Mon « Guide » me dit qu'elles sont « thermales, salines, connues depuis le XIVe siècle ; qu'elles s'emploient en boissons, en bains et en douches. » Bon pour thermales, puisqu'elles donnent 37° C. ; mais quant à être salines, c'est une autre affaire. Elles me semblent être tout bonnement de l'eau pure et chaude, *aqua pura, distillata, et fervida*. J'ai vu, cependant, des ladies en avaler trois verres de suite ; rien que d'y penser cela fait frissonner. On les a assurées, du reste, que ces eaux passent à travers le corps comme par une éponge, qu'elles donnent un bain intérieur qui entraîne toutes les immondices qui « engraissent » les rouages de notre pauvre machine. Et elles boivent de l'eau chaude sans sourciller !...

l'œil nu, noirâtres, disposées en carré (fig. 5). Aucune ouverture n'existe au milieu de l'espace occupé par les ventouses; aucun crochet ne s'y trouve.

La coloration de la tête du Ténia inerme est due à des grains de pigment. Celui-ci existe en quantité plus ou moins grande; de là cette apparence des Ténias inermes à têtes noires et blanches, dont a parlé M. Constantin Paul. Les ventouses sont fortement colorées; de plus, la teinte noire n'occupe point le rostre ou proboscide tronqué du Ténia inerme, mais elle est répartie en lignes ou en séries de points autour du cou et entre les ventouses (1). Celles-ci sont protractiles et rétractiles, ainsi que je l'établirai en traitant bientôt de la physiologie de ce Ténia.

Le *corps*, ou *strobile*, est formé d'anneaux ou de segments. Ces anneaux, qui commenceront à être appréciables à une courte distance de la tête par des rides légères, sont variables de forme et de grandeur : ceux qui suivent la tête vers le tiers antérieur sont plus larges que longs, les médians à peu près carrés, les derniers, depuis le tiers postérieur, sont plus longs que larges. Leur structure est entièrement différente suivant la région qu'ils occupent soit à la partie antérieure, soit sur le milieu, soit enfin à l'extrémité du long ruban formé par le Ténia (ταινία, ruban).



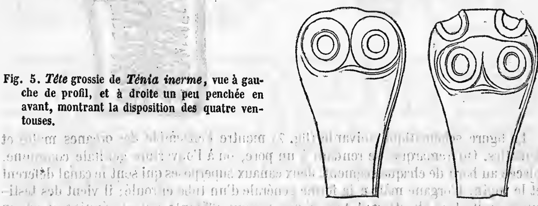


Fig. 5. *Tête* grossie de *Ténia inerme*, vue à gauche de profil, et à droite un peu penchée en avant, montrant la disposition des quatre ventouses.

Nous avons déjà vu (fig. 3) qu'un fragment de l'extrémité du corps, sorti sponta-

(1) *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, t. XII, p. 298, 1875. — Carlo Giacomini. *Sul Cysticercus cellulosæ hominis et Sulla Tænia mediocanellata. Contributo all'o studio de Cestoidi parassiti del' uomo.* Communication à l'Académie de médecine de Turin, 24 juillet 1874, et *Tribune médicale*, 1876.

Après vous avoir donné une idée, hélas bien incolore, de la gorge de la Tamina et des sources de Pfaeffers, il me reste à vous dire quel parti les hommes en ont tiré. Ce sera le sujet d'une seconde lettre. Après avoir admiré les œuvres de la création, on se plaît, non sans orgueil, à contempler notre pauvrette et chétive nature humaine aux prises avec les plus grandes difficultés, soumettant à son empire ce torrent furieux, ces colossales montagnes, ce goufre infernal, et ces eaux fumantes perdues au fond d'une caverne de géants.

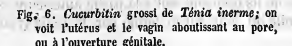
Je vous parlerai aussi d'un très-bel établissement d'aliénés, que j'ai visité au village de Pfaeffers, et où j'ai été reçu par M. le docteur Sury, médecin adjoint, avec cette affabilité et cette cordialité qu'on est toujours sûr de rencontrer chez nos confrères de la Suisse.

Tout à vous. D[r] Achille CHEREAU.

J'ai oublié de vous dire qu'à Ragatz j'ai vu, de mes yeux vu, un barbier-chirurgien, tenant boutique, comme au bon vieux temps de Louis le Bien-Aimé. Rien n'y manque : le plat à barbe appendu à une tige de fer, les deux poëlettes plaquées sur la muraille. Le frater a nom de Kortler; sa boutique porte cette enseigne : *Chirurg.-coiffeur*. Il fait le poil, arrache les dents, extirpe les cors, pose les sangsues, applique les ventouses, s'aventure jusqu'à la phlébotomie, fait, en un mot, tout ce qui concerne son état.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Bouchard, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est prorogé dans ses fonctions, à dater du 1[er] novembre 1877, en remplacement de M. Lépine, appelé à d'autres fonctions.

nément, et qu'on appelle ordinairement *cucurbitin*, en le comparant à une graine de courge, offre un organe femelle, ou utérus, rempli d'œufs et facile à mettre en évidence. On voit très-nettement, à l'œil nu, les œufs ayant l'aspect d'une masse blanche sur les derniers anneaux d'un ver qui vient d'être expulsé (fig. 6). Mais les anneaux médians ont un autre contenu intérieur : ils renferment à la fois les ovaires et l'organe mâle, qui s'est atrophié, qui a disparu dans les anneaux de l'extrémité postérieure ou cucurbitins.



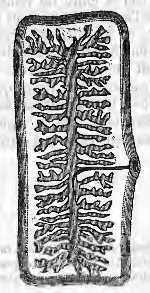


Fig. 6. *Cucurbitin* grossi de *Ténia inerme*; on voit l'utérus et le vagin aboutissant au pore, ou à l'ouverture génitale.

La figure schématique suivante (fig. 7) montre l'ensemble des organes mâles et femelles. On remarque, se rendant à un pore, ou à l'ouverture génitale commune, placée au bord de chaque segment, deux canaux superposés qui sont le canal déférent et le vagin. L'organe mâle a la forme générale d'un tube enroulé; il vient des testicules multiples, aboutissant tous à des canaux efférents qui se réunissent en un canal déférent unique terminé par un pénis. Au-dessous, on retrouve les organes femelles dont la complication est extrême : germigènes, germiducte, vitellogènes, vitelloducte, oviducte, poche copulatrice et vagin. Pour nous, médecins, il nous suffit de considérer dans les organes femelles des Ténias, les tubes ovariens où se forment les œufs et l'utérus où ils s'accumulent en nombre considérable (fig. 6 et 7).

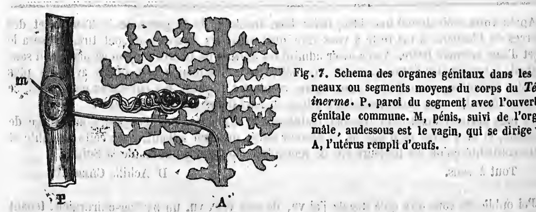


Fig. 7. Schema des organes génitaux dans les anneaux ou segments moyens du corps du *Ténia inerme*. P, paroi du segment avec l'ouverture génitale commune. M, pénis, suivi de l'organe mâle, audessous est le vagin, qui se dirige vers A, l'utérus rempli d'œufs.

En avant du milieu, en s'avançant vers la tête, les anneaux de volume moindre ne présentent plus à un examen attentif que l'organe mâle : des testicules globuleux répandus en quantité dans tout le segment, les canaux efférents avec une vésicule où le sperme s'accumule, le canal déférent et un pénis déjà signalé. Enfin, au ras de la tête, la segmentation est indistincte, puis, quand elle se produit, les anneaux petits ne présentent encore aucune trace d'organes génitaux.

Il résulte de ce rapide examen, que les anneaux ou segments des Ténias diffèrent non-seulement de forme, mais de structure, et on voit ce qu'il faut penser de l'indifférence sexuelle qu'on leur avait gratuitement attribuée. A l'avant du corps, l'ap-

pareil génital mâle se forme le premier, puis apparaissent vers le milieu les organes femelles, enfin plus bas encore les organes mâles disparaissent après avoir accompli la fonction fécondatrice sur le même anneau, et exceptionnellement sur un segment voisin. L'organe femelle seul persiste, et l'anneau, ou cucurbitin, renferme une quantité considérable d'œufs dont il convient de dire quelques mots.

Les *œufs* de Ténia inerme sont très-faciles à voir. Il suffit de presser entre deux lames de verres un anneau de la partie postérieure du corps, pour voir sortir par le pore génital une matière blanchâtre qui, examinée au microscope, est composée d'une quantité d'œufs à peu près arrondis ou plutôt légèrement ovales, un de leurs diamètres l'emportant sur l'autre (fig. 8). Leur grandeur est de 0mm,036 = 36μ, sur 0mm,028 à 0,033 = 28μ à 33μ. La coque est épaisse, le contenu granuleux; de plus l'œuf mûr placé dans une solution de potasse laisse apercevoir six crochets appartenant à l'embryon, appelé par cela même *embryon hexacanthe* ou à six crochets.

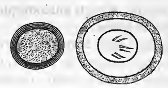


Fig. 8. Œuf de *Ténia inerme*. A gauche, l'œuf est vu dans la glycérine et grossi environ 350 fois; à droite, même grossissement, après avoir été traité par une solution concentrée de potasse.

Le nombre des œufs du Ténia inerme est immense, il est même incalculable, car les œufs existent par milliers dans chaque anneau et ceux-ci forment un strobile de plusieurs mètres dont la moitié au moins est fertile. De plus, les cucurbitins se produisent pendant un temps indéterminé. On devrait être étonné, sinon effrayé, de la multiplication du Ténia inerme, si la plupart des œufs n'étaient forcément perdus, sans pouvoir se développer et se transformer. La fécondité vraiment prodigieuse du Ténia est indispensable pour résister aux causes de destruction du ver, pendant ses premiers états.

Les œufs ne se trouvent pas ordinairement dans les matières alvines, excepté lorsque les cucurbitins se sont rompus dans leur milieu et sont devenus fenêtrés (1), le Ténia inerme ne pond pas à la manière du Bothriocéphale large. En retirant par pression les œufs de l'utérus sur un anneau mûr, on trouve la plupart de ces œufs enveloppés d'une matière muqueuse ressemblant à une enveloppe albuminoïde avec quelques granulations (2); je reviendrai bientôt sur cette particularité en traitant de la physiologie du Ténia inerme.

En résumé, les caractères des deux segments du Ténia qui nous occupe varient de la tête à l'extrémité du corps : les premiers anneaux sont à peine distincts, par de fines rides transversales vers le bas du cou, ceux qui les suivent s'allongent peu à peu, les anneaux médians sont aussi larges que longs, et puis enfin, la largeur devient de plus en plus marquée, jusqu'à ce que les derniers anneaux, ou cucurbitins, soient une fois au moins plus longs que larges et remplis d'œufs.

Je serai très-bref sur la constitution histologique des segments ou anneaux séparés du Ténia inerme. Je dirai seulement que l'enveloppe extérieure est formée par une cuticule, pellicule ou membrane mince, élastique, dont les cellules ne sont plus séparables; elles adhèrent fortement au tégument plus épais et au parenchyme propre qui sont composés de cellules allongées et de fibrilles plus ou moins régulières du tissu conjonctif, de fibres musculaires lisses, contractiles, entrecoupées à angle droit et dans plusieurs autres sens. Entre les éléments précédents on voit de petits corps sphériques ou ovoïdes, à couches concentriques, appelés corpuscules calcaires, et d'autres granulations très-petites et très-réfringentes, ne disparaissant point par l'action des acides qui réduisent les corpuscules calcaires. La théorie cellulaire de

(1) Léon Colin. *Du Tænia dans l'armée; considérations sur deux altérations de Tænia solium* (*Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, p. 320, 322 et 324, avec figures, 1875). — Emile Vidal. *De la fréquence du Tænia inerme* (idem, p. 73, 1876).

(2) Paul Gervais et P.-J. van Beneden (*Zoologie médicale*, t. II, p. 242, fig. 164, 1859).

Valentin et surtout de Goodsir, que Virchow a reprise et si étendue (1), pourrait être invoquée pour expliquer le développement du Ténia ; je ne puis que signaler cette étude intéressante.

Le strobile du Ténia inerme présente plusieurs vaisseaux longitudinaux venant de la tête, s'étendant le long du corps et communiquant à chaque anneau ; ces vaisseaux ou canaux remplissent très-probablement, suivant l'opinion de van Beneden, une fonction analogue à la dépuration urinaire.

On voit par ce rapide exposé que le Ténia n'a point de cavité digestive, ni appareils distincts et séparés de respiration, de circulation, ni d'organe des sens ; le système nerveux est problématique et tout se réduit dans ces animaux à une tête, ou scolex, produisant derrière elle par bourgeonnement, des segments ou proglottis, où l'on trouve un seul appareil compliqué : celui de la reproduction (2).

Après cet aperçu anatomique, je vais ajouter ce que j'ai observé sur la physiologie du *Ténia inerme*.

Pendant mon temps de service au Bureau central, alors place du Parvis Notre-Dame, un homme de 35 ans, ouvrier dans une usine, est venu vers deux heures de l'après-midi, un lundi, demandant avec animation à parler au médecin, parce qu'il venait de rendre quelque chose d'extraordinaire.

En examinant cet homme, il était facile de s'apercevoir qu'il avait un degré assez prononcé d'ivresse. Il tenait à la main un de ces verres épais avec lesquels les marchands de vin servent leurs habitués. Dans le verre se trouvait un corps rubané, blanchâtre, que cet homme affirmait avoir rendu et qui remuait lentement.

Il me fut facile de reconnaître un *Ténia* exécutant, en effet, des mouvements bien nets ; je n'en avais encore point vu de si prononcés.

Cet homme disait n'avoir jamais eu de maladies graves, ni d'accidents épileptiformes ; il ne sut pas me renseigner sur le fait d'avoir encore jusqu'à ce jour rendu des fragments de Ténia. Du reste, son état d'ébriété nuisait beaucoup à la compréhension de mes demandes.

Tout en interrogeant cet homme et en lui faisant répéter à plusieurs reprises comment il avait rendu ce ver et dans quelles circonstances, j'observais le Ténia avec une loupe. Je pus très-bien voir la partie amincie du col et la tête qui la terminait. J'essayai de soulever avec le manche arrondi d'un porte-plume la tête du Ténia, et je vis qu'elle adhérait fortement à un gros anneau du corps sur lequel elle était posée. Après avoir plusieurs fois cherché à la détacher, les tentatives réussirent et la tête fut enlevée et reportée sur un autre anneau.

Peu de temps après, l'adhérence de la tête était devenue si grande, que j'aurais certainement rompu le cou du ver plutôt que de lui faire lâcher prise.

Le malade m'apprit qu'il ne s'était point purgé, qu'il avait bu « seulement, le matin, plusieurs gouttes d'eau-de-vie » et qu'il venait de déjeuner avec des camarades chez un marchand de vin, dans une des ruelles voisines du Parvis. Il avait eu, vers la fin du repas, des coliques auxquelles il avait d'abord résisté, puis il avait été obligé de sortir de table. Pressé par le besoin d'aller à la garde-robe, et pour ne pas monter aux lieux d'aisances situés à un étage supérieur, il avait pris un vase de nuit sous un lit de la chambre voisine et il avait rendu, avec des matières diarrhéiques jaunâtres, « un paquet blanc » formé par ce ver, qu'il avait de suite ramassé avec un morceau de bois et placé dans un verre du comptoir.

Ce récit fut répété sans variantes, à plusieurs reprises.

(1) Valentin. *Repertorium für Anatomie and Physiologie*, in-8°, t. IV, p. 283, 1839. — Goodsir. *Anatomical et pathological observations*, Edinburgh, 1845. — R. Virchow. *La pathologie cellulaire*, trad. P. Picard, 1861, et 4e édit., trad. I, Straus, 1874. — Ch. Robin. *Anatomie et physiologie cellulaires*, p. 576 et suiv., 1873.

(2) F. Sommer. *Ueber den Bau und die Entwickelung der Geschlechtsorgane von Tænia mediocanellata und Tænia solium* (*Zeitschr. für wissenschaftlige Zoologie*, t. XXIV, p. 499, 1874). — H. Welch. *Recherches sur l'anatomie du Tænia mediocanellata* (*Quaterly Journ. of microscopical science*, janvier 1875).

Je voulais rendre témoin de l'adhérence de la tête de ce *Ténia* humain le docteur Davaine, et je prévins de la rareté du fait et de son intérêt, Gastebois, chef du Bureau central, dont l'obligeance était extrême. Loin de m'empêcher d'accomplir mon désir, il m'engagea à partir de suite, et j'allai montrer à mon savant ami le Ténia que je venais d'observer d'une manière si inattendue.

M. Davaine constata de nouveau, comme je l'avais fait, les mouvements du Ténia; il put aussi se convaincre de la très-forte adhérence de la tête, et, voulant savoir jusqu'à quel degré elle s'exerçait, il tira sur le cou du ver et, la tête résistant toujours, le cou se rompit. Le ver était un *Tænia solium.*

En rentrant au Bureau central, je trouvai l'ouvrier, qui avait dormi en m'attendant. Il se souciait peu du ver, qui l'intéressait médiocrement, depuis qu'il savait ce que c'était et dont il était content d'être débarrassé; mais il réclamait le verre à boire du marchand de vin. Le verre était resté chez M. Davaine, et je donnai à cet homme une pièce d'argent avec laquelle il revint probablement chez le marchand de vin (1).

Je dois faire observer que M. Davaine, ayant examiné de nouveau le Ténia qui fait le sujet de cette observation, a reconnu que c'était un Ténia inerme et non point un Ténia armé, comme je l'avais cru d'abord.

La fixation des Ténias par les ventouses et non point seulement par les crochets constitue un fait que j'ai vérifié un grand nombre de fois, huit ou dix au moins. J'ai vu, à l'hôpital Necker, des Ténias inermes ayant la tête posée sur un des anneaux du corps et auxquels je n'ai pu faire lâcher prise sans rompre le cou. D'autres fois l'adhérence était faible, et j'ai détaché la tête; j'ai montré ces faits à plusieurs collègues, entre autres à MM. Potain, Audhoui, Dieulafoy, etc. Enfin il m'est arrivé de pouvoir enlever la tête fixée sur un anneau du ver, puis, l'ayant placée ailleurs sur un autre segment, de voir l'animal y adhérer fortement de nouveau, et ainsi deux ou trois fois de suite. Mais pour que le Ténia inerme ait cette puissance de fixation, il faut qu'il ne soit pas affaibli et que la température de l'eau tiède où il est placé soit de 37 à 38 degrés centigrades.

La tête du Ténia inerme vivant, placée sous le microscope, permet de constater le mouvement des ventouses; en se renversant en dehors, ces organes forment des prolongements rappelant ceux qui se produisent sur les tentacules courts des limaces et des hélix. La rétraction de ces mêmes ventouses, telle qu'elle est représentée à droite sur la figure 5, montre que le Ténia doit fortement adhérer à la muqueuse en produisant le vide. J'ai observé, dès l'année 1864, à l'hôpital Saint-Antoine, ces mouvements des ventouses sur des Ténias inermes qui venaient d'être rendus. Ainsi fixé sur un point du tube digestif, principalement dans l'intestin grêle, le Ténia rubané est flottant, à la manière des longues herbes qui sont allongées dans le sens du courant de l'eau. Toutefois, le Ténia, quand il est très-long, n'est pas entièrement déployé, il est replié sur lui-même. Cette fixation énergique de la tête ou du scolex, pendant que normalement les anneaux ou les cucurbitins se détachent, explique pourquoi la tête reste dans le corps quand l'expulsion d'un plus ou moins grand nombre de segments a eu lieu. Ce n'est que rarement et exceptionnellement que le Ténia, ayant fixé le scolex sur un anneau proprement dit, a pu sortir vivant et entier, ainsi que je l'ai vu.

Je puis le dire dès à présent et j'aurai soin d'y revenir : les données physiologiques précédentes fournissent les indications les plus précises pour l'expulsion des Ténias. Quand une substance anthelminthique arrive dans l'intestin, le ver, engourdi et affaibli, cherche à se fixer solidement au moyen de ses ventouses sans y parvenir; si la dose du médicament est trop faible, ou s'il s'écoule trop de temps avant l'expulsion, le Ténia a le temps de se rétablir et il parvient à se fixer énergiquement. Alors, si l'expulsion a lieu, la tête ne sort pas avec les anneaux rubanés et le cou se rompt, plus ou moins près du scolex.

(1) A. Laboulbène. *Observations physiologiques sur le Tænia solium* (*Mémoires* de la Société de biologie, 5e série, t. II, p. 109, 1870).

Les mouvements d'un Ténia qui vient d'être rendu sont très-appréciables. Le ver tout entier est agité et se contracte, il change de forme en s'élargissant et en s'allongeant lentement. On voit le ruban formé par le Ténia remuer dans l'eau; la tête elle-même se meut, mais très-peu, et ce qui est raconté par des malades de la tête du Ténia, s'agitant ou se promenant à la surface de l'eau, doit être relégué au rang des fables ridicules.

Le ver progresse dans le sens général de sa longueur, de l'extrémité postérieure du corps vers la tête. Si l'on examine avec soin les divers anneaux du corps, on constate qu'ils se renflent d'abord en avant, puis en arrière. On s'assure que la progression se fait à la manière des sangsues, ramenant en avant l'extrémité restée en arrière. Du reste, les cucurbitins séparés, en d'autres termes, les fragments spontanément rendus, sont animés de mouvements semblables. Les malades m'ont plusieurs fois montré les contractions remarquées par eux, lorsqu'ils avaient placé le cucurbitin dans l'eau tiède, et même lorsqu'ils regardaient attentivement les segments placés sur leur main ou au bout de leur doigt. Les changements de forme produisent un élargissement en rectangle ou en carré transversal, suivi d'un allongement en rectangle longitudinal, à bords latéraux rapprochés (fig. 9). Ces mouvements sont par conséquent de la plus grande netteté; ils persistent pendant une demi-heure à une heure environ sur le Ténia tout entier, placé dans l'eau tiède, et ne cessent qu'avec le refroidissement de l'eau. Chez les cucurbitins sortis du corps, et quand la température de l'air est fort élevée, ils peuvent durer une journée entière.

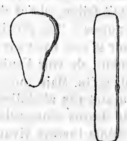


Fig. 9. ***Cucurbitin*, ou fragment de *Ténia inerme*, exécutant le mouvement de progression, en se dilatant d'avant en arrière (à gauche de la figure) et s'allongeant ensuite.**

Les œufs du Ténia inerme présentent, quand on les fait sortir par pression d'un cucurbitin, une masse oblongue et ovale d'apparence glaireuse, entourant la coque représentée dans la figure 8. Cette masse gélatiniforme (1), parsemée de granulations, est formée par une substance albuminoïde, mais elle n'est pas de l'albumine; elle est bien plutôt analogue à de la chitine molle, dont elle paraît isomère.

La substance très-hygrométrique entourant l'œuf du Ténia rappelle les mucosités enlevoppant les œufs de divers insectes, ceux de plusieurs batraciens (2), les cocons des sangsues, et son rôle physiologique est de préserver l'œuf de la dessiccation.

Avant de passer à l'étude du Ténia armé, il me paraît utile de préciser encore quelques faits relatifs au nombre des Ténias inermes dans les intestins, à la longueur ordinaire de ces vers, à la durée de leur existence ou de leur séjour, enfin de mentionner les monstruosités, les altérations, qui ont été observées sur leur strobile et leurs œufs.

Ordinairement il n'existe qu'un seul Ténia inerme, et le malade qui en a été débarrassé n'a plus à compter avec lui, s'il prend les précautions nécessaires pour éviter la production d'un nouvel hôte. Mais il s'en faut que le *ver soit toujours solitaire*, aussi bien pour le Ténia inerme que pour le Ténia armé : j'ai plusieurs fois fait rendre deux et trois Ténias inermes, reconnaissables à leurs têtes distinctes; nos collègues MM. H. Roger et Constantin Paul ont vu les mêmes faits, signalés aussi par M. Davaine. M. Émile Vidal a constaté la présence de quatre Ténias inermes,

(1) Voyez une figure de cette masse enveloppante dans Gervais et van Beneden (*Zoologie médicale*, t. II, p. 242, fig. 164, 1859.)

(2) Charles Robin, *Observations sur la fécondation des Urodèles* (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, etc., p. 389, 1874).

qu'il avait pris en Algérie par l'usage de la viande crue (1), et un pharmacien principal des hôpitaux militaires, M. Leprieur, m'a affirmé avoir compté seize Ténias rendus par son fils, après un séjour en Algérie.

Si on en croit les anciens auteurs, le Ténia aurait une longueur considérable, on donne jusqu'à 40 mètres au *Tænia solium* (Dujardin), et le Ténia inerme, plus gros et plus fort, aurait au moins cette longue dimension. Je ne crois pas à cette taille pour un seul Ténia, et même en plaçant bout à bout plusieurs de ces vers on y arriverait à peine. Les plus longs que j'aie mesurés avaient 5, 6, et au plus 8 mètres. Peut-être a-t-on voulu exprimer par ces longueurs considérables, le volume total qu'un Ténia pourrait atteindre en tenant compte des anneaux successivement détachés et rétablis par la pensée à l'extrémité du ver? Mais comme le ver rubané se segmente et fournit spontanément ses cucurbitins dès qu'il atteint une longueur de 5 à 6 mètres, c'est en réalité cette dernière mesure qui me paraît être la vraie pour la majorité des Ténias inermes.

Combien peut vivre le Ténia, combien de temps un malade peut-il en être affecté? La réponse à cette question ne saurait être absolue, car s'il n'y a aucune raison pour faire admettre que le ver contracté dans l'enfance, ou l'âge moyen de la vie, doive persister indéfiniment; d'autre part, des personnes ont gardé des Ténias depuis un temps considérable et sans qu'il se produisît chez elles les redoutables accidents dont on a, je crois, exagéré la fréquence et la gravité. Le Ténia n'est pas, en fin de compte, un animal simple; c'est un scolex, ou tête, produisant derrière elle, par gemmation et segmentation, un grand nombre de proglottis ou d'individus isolés, vivant d'une vie propre et reproduisant finalement le même ver, après des métamorphoses plus ou moins compliquées. Telle condition de milieu qui nous échappe peut altérer le scolex, d'autres peuvent entraîner la sortie du Ténia; mais le fait de cette expulsion spontanée semble fort rare. J'ai vu des Ténias chez des phthisiques, chez des sujets très-amaigris, et ces helminthes ne m'ont semblé ni moins robustes, ni moins complets que de coutume.

Les Ténias, malgré leur peu de complication organique, présentent des anomalies, des monstruosités et des lésions remarquables. Les individus varient de dimension, de pigmentation de la tête, sans être anormaux, mais les proglottis ou segments peuvent être coalescents (2), parfois doublés; d'autres fois, les pores génitaux sont situés ailleurs que sur leur place ordinaire et intervertis (3).

Une des monstruosités les plus remarquables est celle qui a été signalée par Vaillant à la Société de biologie : c'est un Ténia offrant une sorte de crête, et cette crête était formée par la fusion de deux individus, dont l'un était disposé perpendiculairement sur l'autre. Levacher avait déjà vu un Ténia dont le corps offrait trois bords libres, comme si un strobile étranger se fût soudé par l'un de ses bords, suivant l'axe d'un autre strobile.

Une altération remarquable consiste en la perforation des anneaux sur le strobile ou corps du Ténia. Cette perforation, que nous retrouverons sur le Bothriocéphale, provient de la rupture des ovaires et de l'utérus, avec destruction des parois qui les renfermaient. Un bel exemple de cette sorte de *Tænia fenestrata* a été présenté à la Société par M. Léon Colin en 1862, et plus récemment encore (4).

Les monstruosités de l'embryon des Ténias renfermé dans l'œuf, ou déjà sorti, ont été exposées magistralement par Davaine; elles expliquent, par coalescence, la présence de douze crochets au lieu de six dans un gros embryon, etc.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) E. Vidal. *Bulletins* de la Société méd. des hôpitaux, etc., 2e série, t. XIII, p. 73, 1876.

(2) Léon Colin. *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, 2e série, tome XII, p. 323, figure 2, 1875.

(3) Voyez, pour les anomalies des helminthes cestoïdes, l'article inséré par C. Davaine dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XIV, p. 558 et suiv., avec figures, 1873.

(4) Léon Colin. *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, etc., 2e série, t. XII, p. 321, fig. 1, 1875 (avec la bibliographie de Masars de Cazèles).

OPHTHALMOLOGIE

DES PHÉNOMÈNES HYDROSTATIQUES SOUS LE RAPPORT DE LA PRESSION ENDO-OCULAIRE [1].

M. Girola, en raison de la richesse du système vasculaire de l'œil, émet ici l'opinion que les congestions veineuses y doivent être assez fréquentes, l'augmentation de pression, d'une part, suffisant à elle seule pour comprimer les veines, et, d'autre part, les congestions veineuses produisant, à leur tour, accroissement de pression, parce que les veines deviennent turgescentes, occupent plus d'espace. L'auteur fait observer à ce propos que tout ce qui est de nature à gêner la libre circulation du sang exerce une action sur celle du globe oculaire. Il condamne l'usage de cravates trop serrées, les travaux sédentaires; il approuve la nouvelle direction où l'on est entré pour beaucoup de maladies de l'œil, il préconise la gymnastique, la marche, la vie active, il blâme l'usage des sétons, l'abus de la diète, les saignées. Dans l'opinion du docteur italien, les troubles de la circulation, les variations de la pression endo-oculaire doivent exercer la plus grande influence sur les phénomènes de nutrition, c'est-à-dire sur la sécrétion et l'absorption, mais il reconnait que l'étude de ces phénomènes présente encore beaucoup de points obscurs.

Avant de suivre plus loin l'écrivain dans ses démonstrations et d'examiner avec lui les rapports de la pression endo-oculaire avec le mécanisme de l'accommodation, nous croyons utile d'expliquer en quelques lignes ce que les ophthalmologues entendent par accommodation.

Ils désignent ainsi le fonctionnement actif de la faculté visuelle; l'œil normal peut apercevoir les objets à une distance minimum de 4, 6 ou 8 pouces (point le plus rapproché), et à une distance indéfinie (point éloigné). Or, tandis que, par le fait de l'éloignement, l'œil se trouve en état de repos (réfraction statique), par le fait du rapprochement de l'objet, il est en activité (réfraction dynamique). Ceci se produit grâce à un mécanisme particulier, à l'action d'un muscle surtout, le muscle ciliaire, qui est formé de trois ordres de fibres longitudinales, plexiformes et circulaires. Ces fibres venant à se contracter, et leur point fixe se trouvant auprès du canal de Schlemm, elles tendent la choroïde. En raison de cette tension, l'humeur vitrée est comprimée et sa pression augmentée; d'autre part, par suite de la contraction des fibres circulaires du muscle ciliaire, le cristallin est également comprimé, au moyen des muscles ciliaires qui agissent comme de véritables coussinets compresseurs; de la sorte, le cristallin devient plus convexe à sa face antérieure, et le rayon de la courbe de ladite face se trouve réduit à 6 millim., tandis que, dans les conditions de réfraction statique, ce rayon est de 10 millim.

Quant à la convexité de la face postérieure, celle-ci n'augmente que faiblement, le rayon de sa courbe de 6 millim. se réduisant tout au plus à 5 millim. 1/2.

Aux considérations précédentes, il faut ajouter celle relative à l'action de l'iris, qui se porte en arrière et se resserre, comprimant en outre, par son bord, la périphérie de la lentille, de sorte que le centre de celle-ci est poussé en avant. La superficie antérieure du cristallin ira, partant, se rapprochant de la cornée; en effet, tandis que l'espace interne de l'œil, entre la surface antérieure de la cornée et la surface du cristallin, est égal dans la réfraction statique à 3 millim. 6, il n'est plus, dans la réfraction dynamique, que de 3 millim. 2. Le degré de l'accommodation peut être représenté par la formule $1/A = 1/P - 1/R$, P étant égal au point le plus rapproché, R au point reculé.

Ce mécanisme de l'accommodation avec les changements qui en dérivent augmentera la tension de l'humeur vitrée, et même celle de l'humeur aqueuse, plus comprimée par le rapprochement du cristallin vers la cornée, d'où il résulte clairement que, dans les cas d'accommodation visuelle, la pression intra-oculaire devra devenir plus considérable. D'après M. Girola, la tension endo-oculaire, non-seulement augmenterait, mais exercerait ses effets avec plus d'intensité dans la direction même de l'axe optique.

Si l'on réfléchit à ce fait que, dans le phénomène de l'accommodation, le muscle ciliaire forme une espèce de ceinture, qui de la périphérie de la cornée s'étend jusqu'auprès de l'équateur de l'œil, et que, sur ce point, il oppose, en raison de sa contractilité, une force contraire à la force excentrique des liquides, l'on sera amené à reconnaître que l'action de ces derniers devra être plus énergique dans le sens du diamètre antéro-postérieur et surtout au pôle postérieur. C'est là un résultat analogue à celui qu'on obtiendrait en prenant une vessie remplie d'eau et distendue, et en la serrant avec un ruban dans sa partie antérieure et équatoriale; il est évident que la pression aurait sa plus grande force dans le sens antéro-postérieur.

De l'accroissement de tension du bulbe oculaire, surtout dans le sens antéro-postérieur,

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 30 août.

l'auteur conclut que l'augmentation de pression occasionnée par les efforts faits pour l'accommodation, jouerait le rôle principal parmi les causes de la myopie. C'est là une opinion qui ne nous paraît admissible que dans de certaines limites.

Toujours, d'après M. Girola, on aurait constaté, dans la plupart des cas de myopie, lors de l'examen ophthalmoscopique, l'existence du staphylome, de la hernie postérieure de la sclérotique, soit une distension enfin de la sclérotique en même temps que de la choroïde et de la rétine, dont l'effet est d'augmenter l'axe antéro-postérieur, de telle sorte, que de la dimension normale de 22-24 millim., il se trouve porté à 25-33 millim. La réflexion des objets alors ne se produit plus sur la rétine, mais en avant de celle-ci, qui n'est plus frappée que par des images confuses, à raison des cercles postérieurs dus à la diffusion lumineuse. A mesure que les membranes fléchissent sous la pression endo-oculaire, elles s'amincissent, et leur atrophie amène une distension encore plus forte en raison de la diminution de résistance. Cette ectasie a lieu, suivant les observations de Donders, au pôle postérieur de l'œil, qui prend alors une forme ellipsoïde dans laquelle le point culminant de l'ellipsoïde de la sclérotique correspond au sommet de la cornée.

Il faut attribuer à trois causes principales l'origine et le développement du staphylome postérieur : à la congestion interne de l'œil, aux efforts excessifs de l'accommodation, à la forte convergence des lignes visuelles, conditions qui, dans le système préconisé par M. Girola, auraient toutes pour résultat d'accroître la pression endo-oculaire. Les efforts nécessités par l'accommodation donnant, selon lui, une augmentation de pression dans la direction antéro-postérieure, cette circonstance expliquerait comment il arrive que le staphylome se produise le plus souvent au pôle postérieur.

Abordant ensuite, au sujet du staphylome postérieur, l'examen des rapports de la pression endo-oculaire avec les muscles extrinsèques de l'œil, le savant Italien fait remarquer que la presque sphéricité de l'œil, dans une cavité également sphérique, en rend les mouvements très-aisés et très-rapides, sans modifier très-sensiblement la pression intra-oculaire; mais, ajoute-t-il, les choses changent radicalement si la forme de l'œil s'altère, s'il s'allonge, comme c'est précisément le cas pour le staphylome postérieur. Alors l'œil, évoluant dans une cavité de même forme, c'est-à-dire d'un diamètre antéro-postérieur plus grand, rencontrera dans ses mouvements une très-forte résistance. Celle-ci donnera naissance à des pressions que différentes circonstances contribueront encore à accroître, telles que la plus grande distance entre le centre moteur et la superficie postérieure de l'œil, l'élongation de l'axe antéro-postérieur, qui éloigne le centre moteur de la surface antéro-postérieure de la cornée, de sorte que le bras ou levier de la puissance musculaire en est augmenté, et la distance entre le centre moteur et les points d'insertion des muscles s'en trouve accrue; par cet écart, l'arc de rotation qui résulte d'un certain raccourcissement des muscles sera dès lors dans un rapport inverse. Les mouvements des lignes visuelles, à l'extérieur, seront limités, et il y faudra suppléer en tournant la tête.

Mais de plus graves inconvénients ont surtout lieu lorsqu'on veut lire ou examiner de menus objets. L'œil évolue en dedans, et sa partie équatoriale vient s'appuyer sur le muscle droit externe et en est comprimé. L'œil prend alors une forme plus allongée dans le sens antéro-postérieur, en raison de l'aplatissement latéral occasionné par les muscles internes et externes.

Ces pressions que les muscles exercent pendant les mouvements de convergence augmentent la tension endo-oculaire, surtout dans la direction antéro-postérieure. La convergence est, en outre, rendue plus difficile par l'angle minime que forment entre eux l'axe optique et la ligne visuelle, laquelle passe très-près de la cornée. Cette direction de la ligne visuelle accroît l'effort des muscles droits externes lorsqu'il s'agit de faire converger l'œil vers un certain point; de plus, la tension des muscles droits externes devient plus grande, et la pression endo-oculaire en est augmentée par contre-coup. C'est l'observation de ces faits qui a conduit à pratiquer la myotomie des muscles droits externes dans le cas de myopie, moyen qui n'est qu'un palliatif, dit avec raison M. Girola, car, par la section de ces muscles, leur insertion n'est que déplacée en arrière, et leur pression dans les mouvements de convergence n'est qu'amoindrie.

Quant aux muscles droits internes, les efforts excessifs, saccadés pour ainsi dire, que nécessite la convergence chez les myopes, fatiguent ces muscles au point de les rendre insuffisants à leur fonctionnement, tout en augmentant la pression endo-oculaire et en contribuant au développement du staphylome.

Diminuer la convergence des axes visuels dans la myopie, c'est diminuer la distension du bulbe, causée par l'augmentation de pression intra-oculaire. C'est là un point d'une importance capitale. On y parvient en éloignant graduellement de 10, 12, 14 pouces l'objet que perçoit l'œil. Aussi M. Girola conseille-t-il aux myopes de lire et d'écrire, en se plaçant à une certaine distance du livre, du papier, etc.; de recourir aussi à l'usage des verres concaves,

prismatiques; d'éviter la position inclinée de la tête, qui contribue tant à la congestion de l'œil.

L'auteur examine, dans la dernière partie de son travail, les rapports de pression endo-oculaire avec le système nerveux.

M. Girola, suivant en cela l'opinion de Donders, ne serait pas éloigné d'admettre, en outre des nerfs spécifiques, et de ceux de motilité commune, une troisième catégorie de nerfs oculaires qui présideraient à la sécrétion des humeurs.

Quant à l'augmentation de la tension oculaire, elle paraît, à notre auteur, être la cause de l'écartement qui se produit parfois entre les deux gaînes du nerf optique; elle aurait aussi pour effet, lorsque la choroïde et la scléritique sont dans un état d'atrophie, de diminuer la puissance visuelle de la rétine, en amenant un détachement plus grand entre le tissu rayé et les cônes. Quand, par contre, la sclérotique conserve sa fermeté, la rétine se ressent encore plus des effets de l'accroissement de pression, et l'on voit se produire les phénomènes lumineux subjectifs, tels que la photopsie, la chromatopsie, et, si la pression persiste et augmente encore, la rétine finit par perdre, en très-grande partie, sa sensibilité.

De l'exposé que nous venons de présenter, l'on est autorisé à conclure que l'état plus ou moins résistant des membranes qui enveloppent l'œil a une importance des plus grandes, tant au point de vue du fonctionnement normal de l'organe, que sous le rapport des accidents morbides.

Dans la jeunesse, la sclérotique, plus souple, peut après distension reprendre sa position primitive; mais, avec la marche des années, les involucres perdent de leur élasticité et de leur dilatabilité. La sclérotique devient plus dense; la choroïde, l'anneau de Zinn, la membrane hyaloïde deviennent moins souples, le cristallin moins transparent, et enfin se resserre. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer la prédominance, dans l'âge avancé, des affections glaucomateuses. Si l'état des tissus oculaires n'offrait pas pendant la jeunesse une plus grande élasticité, la pression endo-oculaire produirait, par ses variations, ses accroissements, des roubles bien plus considérables encore, et le glaucome serait bien autrement fréquent.

En résumé, l'œil, en vertu des changements de forme et de volume qu'il peut subir, devient susceptible de contenir une somme plus grande de liquide; toutefois, la quantité de ceux-ci ne peut augmenter que dans des limites restreintes. Ainsi qu'il en est pour la cavité de la plèvre et autres, les liquides qui s'y amassent produisent également dans la cavité oculaire des déplacements, des pressions diverses; néanmoins l'œil, se rapprochant surtout des cavités à parois résistantes, est moins apte à supporter une augmentation de liquides, surtout si celle-ci est rapide.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE, par A. Proust, agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, secrétaire adjoint du Comité consultatif d'hygiène de France. Un vol. in-8°, avec 3 cartes coloriées. Paris, 1877; G. Masson, éditeur.

(Suite et fin. — Voir l'Union Médicale des 28 août et 4 septembre.)

J'ai besoin de le répéter, je ne fais pas l'analyse de cet ouvrage, je m'y promène, m'arrêtant aux chapitres qui me retiennent, comme dans une exposition de peinture, et sans souci du catalogue, on s'arrête devant les tableaux qui, par le sujet, la composition ou la couleur, attirent et fixent l'attention. Assurément, tous les chapitres de ce bel ouvrage seraient dignes d'analyse et d'appréciation, mais c'est par cela même qu'il est trop riche qu'il faut faire un choix parmi ces richesses. D'un autre côté, et si je comprends bien, en fait de bibliographie, le rôle d'un journal comme celui-ci, c'est surtout par des citations qu'il importe d'en donner une idée au lecteur en le mettant ainsi en mesure d'apprécier lui-même la valeur et la portée de l'œuvre. Ainsi négligeant à dessein, mais non sans regret, un grand nombre de chapitres intermédiaires, je signale surtout ceux dans lesquels l'auteur me paraît avoir fait preuve de plus de compétence et de recherches plus profondes. Il y a en hygiène, comme dans toutes les autres branches de la science médicale, un fond banal qu'il faut nécessairement reproduire dans tout ouvrage didactique. Mais il est aussi certaines parties dans lesquelles, à moins que l'auteur ne se soit borné au simple rôle de compilateur, il a eu l'occasion de montrer sa valeur propre et son originalité.

Ainsi, aux chapitres que nous avons signalés à ce point de vue, il convient d'ajouter ceux sur les eaux, et notamment sur les eaux d'égout, sur les vêtements, sur l'hygiène des hôpitaux et des maternités, où, à côté des idées et des opinions généralement accréditées, l'auteur a émis ses idées propres et exposé des vues particulières.

Mais, j'appellerai spécialement l'attention du lecteur sur la treizième partie de cet ouvrage, consacrée aux maladies virulentes et miasmatiques, à leur étiologie et à leur prophylaxie. La citation suivante montrera au lecteur comment M. Proust a envisagé et traité ce sujet qui ressortit aussi bien à la pathologie générale qu'à l'hygiène :

« En se plaçant au point de vue étiologique qui seul nous intéresse ici, les maladies qui atteignent l'homme reconnaissent des catégories de causes différentes. Les unes tiennent à l'action nocive des milieux, à l'influence du froid, de la chaleur, de l'humidité, à la mauvaise qualité ou à l'insuffisance des aliments, à la fatigue, etc. Ainsi naissent la plupart des maladies qui constituent le fonds commun de la nosologie, pour la production desquelles ces causes, dites *banales*, suffisent amplement.

« Il est d'autres maladies où l'intervention des sollicitations extérieures est moins apparente, et qui paraissent surtout résulter d'une disposition générale de l'économie, héréditaire ou acquise, d'une *diathèse*, en un mot : tels sont le cancer, la scrofule, la goutte, etc. Quelques-unes des conditions qui président au développement de ces diathèses ont pu être scientifiquement déterminées, et l'hygiène, à cet égard, fournit des données prophylactiques précieuses.

« Enfin, il est une dernière classe de maladies, dont il sera uniquement question dans ce chapitre, qui évoluent d'une façon toute spéciale, qui naissent dans un foyer plus ou moins restreint d'abord, qui peuvent se propager ensuite par des modes de dissémination variables, et frapper les habitants de toute une contrée ou de tout un continent, qui, après avoir exercé ces ravages, s'éteignent ensuite, complétement ou imparfaitement, pour renaître plus tard, quand les conditions seront de nouveau favorables à leur éclosion et à leur dissémination. A tous ces caractères, on a reconnu la classe des maladies *infectieuses* et *contagieuses*. Les anciens, frappés de leur allure en apparence si étrange, leur avaient attribué un caractère spécial de mystère et d'obscurité, *aliquid obscurum et divinum*. La science moderne, mieux avisée, a déterminé d'une façon rigoureuse la genèse et le mode de propagation de ces maladies, et en les dépouillant du voile mystérieux qui les enveloppait, elle nous a appris à les prévenir et à les mieux combattre.

« Par maladies *infectieuses*, on désigne des maladies produites à la suite de l'imprégnation, de l'*infection* de l'organisme par certaines substances nuisibles, qui diffèrent des poisons ordinaires, en ce qu'elles sont douées d'un pouvoir de reproduction et de dissémination pour ainsi dire indéfini. De là un mode de dissémination tout spécial de ces maladies, qui procèdent souvent par *endémie* ou par *épidémie*; de là aussi une symptomatologie, une marche particulière, un ensemble, en un mot, de caractères, qui en font une classe de maladies à part.

« Ce qui les distingue tout d'abord, au point de vue étiologique, c'est la *spécificité*. Une maladie est dite spécifique quand elle ne naît que sous l'influence d'une cause unique, nécessaire et suffisante pour la déterminer, et quand cette cause ne saurait amener d'autre maladie que celle en question. C'est ainsi que la syphilis, la variole ne peuvent prendre naissance que par la contamination d'un individu par le poison syphilitique et variolique, et par nul autre agent; inversement, l'inoculation du virus syphilitique ne pourra engendrer que la syphilis, celle de la variole, la variole uniquement, etc. Ces maladies reconnaissent donc une cause unique et constante qui, seule, est capable de les engendrer; bien différentes en cela des maladies communes, telles que la pneumonie, la pleurésie, la bronchite, qui sont produites tantôt par le froid, tantôt par un rhumatisme, ou bien par des irritations mécaniques, en un mot, par les causes les plus variées et souvent en apparence les plus opposées.

« De par leur spécificité, dans le sens que nous venons d'assigner à ce mot, les maladies infectieuses se rapprochent des *empoisonnements*, où il s'agit également d'une cause bien connue, bien palpable, produisant des effets certains et toujours constants. Aussi, de tout temps, a-t-on attribué ces maladies infectieuses à la pénétration d'un *poison* dans l'organisme, et a-t-on parlé du poison typhique, poison syphilitique, etc. Mais quels sont les attributs de cette substance invisible, de ce poison? C'est là que commencent les divergences. »

Après avoir montré en quoi les maladies infectieuses diffèrent des empoisonnements, et reconnu qu'elles sont dues à un agent spécial, M. Proust se demande quel est cet agent, et il continue ainsi :

« De tout temps on a eu une tendance marquée à attribuer l'origine des maladies infectieuses à un contage animé, à des organismes inférieurs, vivant en parasites chez les sujets infectés. La découverte des infusoires par Leuwenhoock parut donner une base sérieuse à ces simples vues de l'esprit, et la doctrine parasitaire fut acceptée, sans restriction, par Kircher, Lancisi, Réaumur et Linné.

« La question fut reprise, avec plus de curiosité et de passion que de véritable science, par Raspail, dont les exagérations compromirent singulièrement la doctrine. Celle-ci était presque totalement tombée dans le discrédit, quand les belles recherches de M. Pasteur sur les fer-

mentations vinrent introduire dans le problème un élément nouveau et décisif. Il démontra que l'air atmosphérique est le réceptacle d'une infinité de germes vivants qui, par leur prolifération et leur multiplication si active, déterminent les phénomènes de fermentation et de putréfaction. De là à l'idée déjà anciennement présentée par Van Helmont, que les maladies infectieuses et contagieuses de l'homme, ne sont elles-mêmes que des zymoses, il n'y avait qu'un pas, et l'on peut dire qu'aujourd'hui la *pathologie animée* non-seulement a regagné tout le terrain qu'elle avait perdu, mais qu'elle est définitivement et scientifiquement établie; malgré de nombreuses lacunes, c'est encore elle qui répond le mieux aux exigences théoriques et même pratiques de la science actuelle. »

On le voit, M. Proust, qui s'est montré si contenu dans les questions délicates que soulève l'anthropologie et l'apparition de l'homme sur la terre, accepte sans réserve, avec une sorte d'empressement et sans aucune allusion aux objections qui peuvent lui être faites, et que M. le professeur Chauffard exposait naguère devant l'Académie de médecine, la théorie panspermiste de M. Pasteur. Il la résume avec complaisance, il en indique les applications déjà acquises au pansement des plaies, il lui donne enfin son brevet d'introduction *définitive*, — c'est le terme dont il s'est servi, — dans la science.

Qu'on ne prenne pas cette réflexion pour une critique. La théorie de la panspermie et des fermentations instituée par M. Pasteur est si séduisante et si entraînante, elle est défendue par lui avec des armes qui paraissent si sûres et par des ripostes si habiles, que celui qui n'a pas une cargaison de faits à opposer aux munitions de ce genre toujours au service de M. Pasteur, que celui-là, dis-je, doit s'incliner et se taire. Je voudrais, au contraire, prouver, mais l'espace me fait défaut, que M. Proust, dans les dernières parties de son ouvrage, s'est logiquement tenu dans certaines données de la doctrine de M. Pasteur, et que tout ce qu'il a très-habilement exposé sur les maladies infectieuses et miasmatiques, porte comme une impression plus ou moins accentuée des doctrines de l'illustre directeur de l'Ecole normale. M. Proust a fait preuve d'un grand talent de résumption et d'analyse dans les pages qu'il a consacrées aux maladies typhiques, aux fièvres palustres, aux trois fléaux de l'humanité : le choléra, la peste et la fièvre jaune, ainsi qu'à la rage et au charbon. Tout ce qu'il y a d'essentiel à savoir se trouve là, avec les réflexions propres de l'auteur, la législation sanitaire et les conclusions adoptées dans la dernière conférence sanitaire internationale de Vienne, grâce à l'intervention active et énergique des délégués de la France, MM. Fauvel et Proust.

Si petite qu'elle soit, il faut faire sa part à la critique, qui ne doit jamais perdre ses droits. L'ouvrage de M. Proust n'est pas sans défauts. On croit voir qu'il a été fait un peu vite. Son ordonnance n'est pas irréprochable. Plusieurs de ses chapitres manquent de proportion, les uns étant trop étendus, les autres ne l'étant pas assez. Il y a un peu de confusion dans les divisions et subdivisions, ce qui a entraîné quelques répétitions. On voit que tout cela sera facilement réparable dans une deuxième édition.

Quant au style, il est généralement de bonne école. Il sait, qualité précieuse, se mettre au ton du sujet, sobre quand il le faut, élevé quand il convient, toujours correct et traduisant une bonne éducation littéraire. — A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1877. — Présidence de M. Labric, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance.— Présentation d'un malade atteint d'*athétose*, par M. Proust. Discussion : MM. Ernest Besnier, Proust, Luys, Gérin-Roze. — *Cas de rhumatisme cérébral traité par les bains froids et guéri*, par M. Vallin. Discussion : MM. Dumontpallier, Vallin, Blachez, Moutard-Martin. — Discussion sur la *valeur de l'acide salicylique et du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu*, par MM. Lépine, Dumontpallier, Beaumetz, Ferrand, Ernest Besnier, Lacassagne, Desnos. — Élections.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Notes cliniques : 1° *Sur un cas d'urémie à forme cérébrale, ayant déterminé la mort en vingt-deux heures, et consécutive à une albuminurie latente.* — 2° *Sur un cas de paralysie des nerfs du plexus brachial et principalement du nerf radial, résultant de l'usage des béquilles*, par le docteur E. Mauriac (de Bordeaux). — *Vichy et ses eaux minérales*, par le docteur L. Grellety. — *Bulletin* de la Société médicale du Nord. — *Journal de thérapeutique* de M. Gubler. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. — *Annales de gynécologie*. — *Archives de médecine navale*. — *Gazette médicale de Bordeaux*. — *Revue médicale roumaine*, etc.

M. PROUST présente un malade atteint d'*athétose.* (Voir le numéro du 4 septembre 1877.)

M. E. BESNIER : Je désirerais savoir de M. Proust si l'éruption unilatérale, développée du côté malade, et dont il est question dans les antécédents du sujet, s'est développée spontanément ou en rapport avec quelque circonstance particulière, telle que l'usage de liniments excitants employés en frictions sur les régions athétosées.

M. PROUST : Cette éruption a succédé à des sueurs profuses.

M. E. BESNIER : C'était une éruption spontanée, et l'explication en est établie par son unilatéralité même ; il n'en eût pas été ainsi d'une éruption toxique ou médicamenteuse. Voyez, comme preuve directe et immédiate, cette éruption acnéique que le malade présente, en ce moment, sur les deux côtés du corps, et qui se relie à l'usage du bromure de potassium auquel ce sujet est soumis; il y a là une particularité du plus grand intérêt pour l'histoire de la pathogénie nerveuse des dermopathies.

M. LUYS : Au point de vue étiologique, il faut remarquer deux choses chez ce malade. Il existe d'abord une série de mouvements involontaires s'exagérant par moments à l'insu du malade; ce sont là des phénomènes hémi-choréiformes. Tout le côté malade présente, de plus, une atrophie très-notable des muscles principaux, de la face, de la poitrine, du bras et de la jambe. Le fait de M. Proust n'est point isolé; j'en ai, pour ma part, observé un analogue, et je pense qu'il faut le rapporter à une sclérose envahissante du segment antérieur de la moelle, consécutive à une lésion primitive, probablement de nature hémorrhagique, de la protubérance ou du bulbe ; en un mot, des parties supérieures de la moelle. L'irritation locale du point altéré tenant à la production d'un tissu scléreux, peut expliquer les phénomènes observés. Quant au pronostic, en raison même du siége de la lésion, je le crois très-sérieux et très-grave.

M. PROUST : Je partage entièrement l'opinion de M. Luys, et je crois, comme lui, qu'il s'agit ici d'une affection secondaire de la moelle consécutive à une lésion primitive des centres, une hémorrhagie par exemple. Telle était aussi, je pense, l'opinion de M. Gérin-Roze, qui observa le malade avant moi à l'hôpital.

M. GÉRIN-ROZE : J'aurais voulu ne pas prendre la parole, tant mes souvenirs sont déjà éloignés du malade que nous présente mon excellent ami, M. Proust. Mais, puisque j'y suis sollicité, je crois me rappeler que ce jeune homme était, depuis l'enfance, atteint d'atrophie légère des membres thoracique et abdominal droits. Les muscles de ces parties étaient, en outre, affectés de tremblement léger et de contracture persistante. Malgré la gêne musculaire qui résultait de cet état, le malade pouvait néanmoins exercer l'état de porteur de journaux.

Tels furent les renseignements que je pus recueillir, lorsqu'on m'amena le malade avec du délire, de la fièvre, et l'impossibilité de se tenir debout. Les membres droits étaient contracturés à ce point, dans la flexion, qu'ils semblaient ratatinés au maximum, et rapprochés le plus possible de leurs attaches sur le tronc. Je pus cependant rompre la contracture à l'aide d'un certain effort; mais la contracture se reproduisit dès que l'effort cessa. Je diagnostiquai :

« Lésion de l'hémisphère gauche datant de l'enfance, et ayant laissé des altérations maté-
« rielles durables (scléroses probables) dans le cerveau, les muscles et les nerfs, le tout com-
« pliqué d'une nouvelle poussée inflammatoire dans le cerveau, autour de l'ancien foyer. »

Le délire et la fièvre augmentèrent pendant quelque temps; il y eut incontinence des matières excrémentitielles; il survint des mouvements choréiformes dans les membres droits; puis, la fièvre tomba; l'intelligence revint peu à peu ; le malade cessa de gâter, et, deux mois après son entrée à l'hôpital, il commença à se traîner dans la salle.

C'est alors que je le perdis de vue, en remettant le service à M. Proust, qui put l'observer avec la sagacité dont il vient de nous donner une nouvelle preuve.

M. VALLIN expose l'observation d'un malade atteint de rhumatisme cérébral, rapidement guéri par les bains froids. (Voir le numéro du 6 septembre 1877.)

M. DUMONTPALLIER : Connaissons-nous assez bien la marche du rhumatisme cérébral pour affirmer que les malades ont guéri par telle ou telle médication? N'auraient-ils point pu guérir spontanément? Trousseau répétait souvent : « Nous ne connaissons rien du jeu du rhumatisme. » Et je croirais volontiers, dans le cas actuel, que le malade a guéri malgré l'usage des bains froids.

M. VALLIN : Devions-nous donc attendre que le malade fût mort pour lui venir en aide?

M. DUMONTPALLIER : Pour établir la valeur de cette médication par les bains froids, comme pour les autres, je demande qu'on dresse des statistiques dans lesquelles on ne fera pas entrer

seulement les cas de guérison, mais aussi les insuccès, et alors nous pourrons juger en connaissance de cause; et nous verrons si l'expectation pure et simple n'est point préférable.

M. Vallin : Qu'aurait donc fait M. Dumontpallier dans le cas présent?

M. Dumontpallier : Je n'aurais point donné de bains froids.

M. Vallin : Qu'auriez-vous fait?

M. Dumontpallier : Rien.

M. Vallin : Et si le malade était mort?

M. Dumontpallier : Je ne m'en serais point accusé.

M. Vallin : Je n'aurais point fait de même.

M. Blachez : Dans le service de M. Bouillaud, où j'ai passé quelques années, soit comme chef de clinique, soit comme agrégé, j'ai observé un grand nombre de rhumatisants. Quand des accidents cérébraux survenaient, et nous en avons vu quelques cas, on considérait les malades comme perdus, et l'on ne tentait plus rien; ces malades sont tous morts dans le coma; nous ne connaissions pas alors l'emploi des bains froids. Quand M. Dumontpallier demande qu'on dresse des statistiques, je suis entièrement de son avis; mais je lui ferai remarquer que, pour nous guider dans le traitement du rhumatisme cérébral par les bains froids, nous tenons compte aujourd'hui d'un facteur longtemps négligé; je veux parler de la température des malades. Quand on a vu, comme moi, rappeler à la vie par l'usage des bains froids une malade absolument désespérée, il est impossible qu'on ne soit pas pénétré de la conviction que cette malade a guéri de son rhumatisme cérébral, uniquement par les bains froids. Ce fait, que j'ai rapporté à la Société, il y a deux ans, m'a tellement frappé, que je n'hésiterai pas à recourir à la même médication dans toutes circonstances analogues.

M. Dumontpallier : C'est justement dans le rhumatisme cérébral qu'on observe les changements subits les plus imprévus, et ils ne sont pas toujours défavorables.

Je me souviens, en particulier, d'une femme qui fut prise plusieurs fois d'accidents cérébraux très-graves, avec coma; ces accidents cérébraux, accompagnés de paraplégie, ont chaque fois parfaitement guéri. Or chaque fois la guérison a été toute spontanée. Ne nous hâtons donc pas d'attribuer nos succès à telle ou telle médication. Vous voyez l'indication des bains froids dans la température excessive des malades atteints de rhumatisme cérébral; c'est là votre critérium; pour ma part, je le considère comme étant peu médical.

M. Vallin : Tout en tenant compte des indications fournies par la fièvre, ne pouvons-nous pas voir dans l'exagération de tel ou tel phénomène morbide une indication spéciale?

M. Dumontpallier : Voulez-vous ma profession de foi sur le rhumatisme et son traitement? Nous savons bien quand et comment débute le rhumatisme, nous ignorons absolument quand et comment il finit. J'ai de mon côté tout essayé pour le guérir, sauf les bains froids : le sulfate de quinine, la digitale, les purgatifs à haute dose, et souvent, en face de guérisons rapides, je me suis cru en possession d'un véritable spécifique, puis je n'ai plus rien obtenu par les mêmes moyens. Aujourd'hui, mais sans conviction bien profonde, je donne le sulfate de quinine, comme le font encore la plupart de nos collègues.

M. Lépine : Bien qu'il ne soit pas dans mes habitudes de faire dévier une discussion de son sujet, je crois utile de relever, avec toute la déférence d'ailleurs que je dois à un de nos collègues pour lequel j'ai autant de haute estime que de sympathie, une assertion que je viens de lui entendre émettre et que je considère comme erronée.

Notre très-distingué collègue vient, en effet, dans son argumentation contre l'usage des bains froids dans le rhumatisme cérébral, de nous dire incidemment que, selon lui, la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu n'a pas fait de progrès sensibles dans ces derniers temps. A défaut d'une voix plus autorisée que la mienne, je vais essayer de combattre cette proposition, car non-seulement elle ne me paraît pas exacte, mais elle me semble de nature, en raison de la légitime autorité de notre collègue, à détourner les praticiens, au grand préjudice des malades, de l'emploi d'un médicament que, pour ma part, je considère comme très-supérieur à tous ceux qui ont été mis jusqu'ici en usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; je veux parler de l'acide salicylique, ou plutôt du salicylate de soude. Je n'aurais jamais eu l'idée de faire de ce médicament l'objet d'une communication à la Société des hôpitaux, croyant que les remarquables succès publiés depuis quelque temps à l'étranger avaient suffi pour le faire juger aussi favorablement qu'il mérite; mais, puisqu'il n'en est pas ainsi, puisque ses avantages sont contestés, ou plutôt, puisqu'il n'a pas encore passé dans la pratique usuelle, je me permettrai de dire, à l'improviste, ce que j'en pense et ce que j'ai vu de mes propres yeux.

Tout d'abord, j'insiste sur la nécessité, si l'on veut réussir, d'administrer aux malades des doses assez fortes du médicament. Depuis plus de dix-huit mois, j'emploie beaucoup le salicylate de soude; or, j'ai remarqué qu'il faut donner *au moins huit à douze* grammes, en vingt-quatre heures, d'acide salicylique (à l'état de salicylate de soude, — je ne dis pas du salicylate de soude). Je fais peser, par le pharmacien, 8, 10 ou 12 grammes d'acide, et le fais saturer par la quantité nécessaire de bicarbonate de soude (ou d'ammoniaque); à l'état de salicylate de soude, ou d'ammoniaque, l'acide salicylique est, dit-on, moins actif, mais il n'est pas irritant pour l'estomac. Le salicylate de soude, ou d'ammoniaque, est très-soluble; il est insipide : il s'administre, par conséquent, avec la plus grande facilité dans de l'eau sucrée ou dans un julep. Les malades l'acceptent parfaitement, sans aucun dégoût, et, pourvu qu'on le donne à *doses fractionnées* et espacées, ils supportent *parfaitement* 12 grammes *et plus* dans les vingt-quatre heures.

Je dis qu'il est nécessaire d'administrer des doses fortes : lorsque j'essayais, il y a deux ans, l'acide salicylique, j'étais relativement très-réservé, ayant lu qu'il équivalait à une dose moitié moindre de sulfate de quinine. Or, comme dans le rhumatisme je ne dépasse jamais 2 grammes, par jour, de sulfate de quinine, j'allais jusqu'à 4 grammes seulement d'acide salicylique; mais, plus tard, sachant qu'en Allemagne on donnait un 1/2 gramme d'acide salicylique par heure, et quelquefois 1 gramme; que, par conséquent, on atteignait et dépassait 18 grammes par jour, j'ai été plus hardi, et je m'en suis félicité pour mes malades.

En fait, je n'ai encore observé aucun accident résultant de l'emploi de ces hautes doses; par contre, j'ai vu *la plupart* des rhumatismes céder avec une promptitude vraiment extraordinaire : *la fièvre et les douleurs* cessent souvent comme par enchantement, et, fait qui m'a beaucoup surpris, des rhumatismes articulaires aigus ont guéri, par cette médication, *en trois jours.*

Messieurs, j'ai été l'interne de Lorain, qui, systématiquement, ne traitait pas les rhumatismes articulaires aigus; je les voyais durer *trois mois.* Il faudrait vouloir fermer les yeux à la lumière pour douter de la puissance médicatrice de l'acide salicylique dans le rhumatisme.

Le rhumatisme articulaire franchement aigu et le rhumatisme subaigu sont tous deux justiciables du salicylate de soude; pour ce dernier, j'ai une certaine expérience, car, depuis dix mois, je suis à l'hôpital Temporaire, où l'on ne reçoit guère de maladies aigües, et je n'ai eu à traiter que des rhumatismes subaigus depuis cette époque. Eh bien, *sauf quelques exceptions,* je les ai tous guéris en deux ou trois jours; souvent il m'a suffi de donner, le premier jour, de 8 à 12 grammes, pour que les malades, le surlendemain, se considérassent comme guéris. J'ai cependant continué encore, par précaution plutôt que par nécessité, le médicament pendant deux jours, à dose moitié moindre (1).

Peut-être serait-il prudent de persévérer à petite dose plusieurs jours, car on a signalé des récidives fréquentes à la suite de ces guérisons hâtives.

J'ai dit que je n'ai pas réussi dans tous les cas; il y a certainement, pour une raison que j'ignore, des cas réfractaires. C'est un des motifs qui me conduisent à penser que l'acide salicylique n'est pas, comme on l'a prétendu, un *véritable spécifique* du rhumatisme.

Il faut encore noter que l'acide salicylique (ou le salicylate de soude) s'est montré parfois efficace dans la goutte franche, dont la dyscrasie est certainement différente de celle du rhumatisme. Le docteur Kunze, au mois de juillet dernier, a publié un cas de succès, et, depuis, j'en ai vu rapporter quelques autres.

Moi-même, j'ai vu le médicament agir favorablement dans deux cas de goutte saturnine aiguë. C'est empiriquement que je l'administrai; je ne crois pas qu'on l'ait fait avant moi. Or, les résultats ont été assez remarquables pour que j'en dise ici quelques mots :

L'un des malades était atteint de goutte saturnine chronique. Le commencement de son histoire se trouve dans une thèse de M. Halma-Grand (obs. I, Paris, 1876). Se trouvant dans mon service, il a été pris d'un accès aigu. Le 20 février, je lui ai donné 12 grammes d'acide salicylique; dès le lendemain, il était fort amélioré, et le surlendemain ses douleurs avaient presque complétement cessé. Nous avons pu connaître la date réelle de la guérison par la crise qui est survenue le 23. Ce jour, l'excrétion de l'urée et de l'acide phosphorique *était double* de celle du 21.

L'autre malade était un homme de 47 ans, peintre en bâtiments, robuste. Il ne présentait aucune trace d'anémie; au contraire, il était plutôt sanguin. Le 21 février, il était atteint, pour la troisième fois, d'un accès de goutte localisée au gros orteil; l'arthrite durait depuis quatre jours; non-seulement l'orteil, mais le pied, étaient *très-rouges* et très-tuméfiés. Je lui prescrivis 12 grammes d'acide salicylique, que, par erreur, il prit à dose massive. A deux heures

(1) Deux de mes malades, atteints de rhumatisme blennorrhagique, ont rapidement guéri. Je signale le fait, parce que les résultats obtenus jusque ce jour dans cette espèce de rhumatisme ont été variables.

de l'après-midi, il avait de forts bourdonnements d'oreille; une heure après, dit-il, la douleur avait disparu presque complétement. En fait, la crise par les urines n'est survenue que le 23. Le 21 et le 22, il rendait de 14 à 15 grammes d'urée et environ 1 gramme 1/2 d'acide phosphorique. Le 23, il excrétait 34 grammes d'urée et 3 grammes 1/2 d'acide phosphorique. (L'observation de ces deux malades, avec détails, se trouve dans la thèse de M. Bouchon. Paris, 1877.)

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

FORMULAIRE

MIXTURE D'ACIDE SALICYLIQUE. — CASSAN.

Acide salicylique.	4	grammes.
Citrate d'ammoniaque.	2	—
Rhum ou cognac	30	—
Eau distillée.	164	—

Cette solution contient environ de 25 à 30 centigrammes d'acide salicylique par cuillerée. — Le citrate d'ammoniaque permet de dissoudre l'acide salicylique dans une moindre quantité d'eau-de-vie. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 11 SEPTEMBRE 1657.

Extrait d'une lettre de Charles Spon, à son ami Guy Patin. J'ai là l'original sous les yeux :

« Je prens fantaisie de m'aller divertir en votre compaignie quelques momens de loisir que voicy, pourveu que vous le vueilliez bien, et que cela se puisse sans vous incommoder; autrement j'en aurois grand regret. Vous recevrez bien tost, Dieu aydant, une lettre que vous doit rendre de ma part une de mes bonnes voysines, laquelle je vous supplie de bien considérer, et de luy faire voir mon portrait pour voir si elle le recognoistra. . . . J'ay aussi baillé, par maxime d'estat, une autre lettre de recommandation pour vous à un certain frater de la petite spathule, autrement chirurgien, qui se fait nommer le sr Mondragon, mais à laquelle lettre je vous supplie de n'avoir aucun esgard, parce que ce jeune homme, aussi bien que le reste des confrères de saint Cosme, ne sont pas personnes (à mon advis) pour qui les médecins se doivent aujourd'huy guères employer, veu que ce sont des vipères qui taschent de nous nuire de par tout, des gastes mestiers, et des affronteurs. Je n'en cognois que très peu qu'on puisse excepter de cette généralité : *Vix sunt totidè quot Thebarum partæ*. . . . .

Adieu, Monsieur, voila la nuit qui tombe, par où je quitte votre charmant entretien, jusques à une autre fois, Dieu aydant.

Vostre très humble et très obeyssant serviteur. « SPON, D. M. » — A. CH.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de quatre pages.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — La durée des fonctions de MM. Laroyenne et Perroud, chargés de cours cliniques complémentaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est fixée à dix années.

La durée des fonctions de MM. Raymond Tripier, Fochier, Delore et Dron, chargés de cours cliniques complémentaires à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est fixée à trois années.

LYCÉE DE BORDEAUX. — M. le docteur Manès est nommé médecin adjoint du lycée de Bordeaux (emploi nouveau).

M. le docteur Demons, chirurgien du petit collége de Talence, est nommé chirurgien adjoint du lycée de Bordeaux (emploi nouveau).

M. le docteur Armingaud est nommé chirurgien du collége de Talence, (lycée de Bordeaux), en remplacementde M. Demons, appelé à d'autres fonctions.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Véritable séance de vacances, celle d'aujourd'hui n'a pas duré plus d'une heure. Ouverte à 3 heures 1/4, elle était levée à 4 heures 1/4. Elle a été remplie : 1° par un court rapport verbal de M. Alphonse Guérin sur un travail d'un médecin américain, M. le docteur Georges Otis, relatif au transport des blessés par des bêtes de somme; 2° par un travail intéressant de M. le docteur Laborde sur l'action physiologique du salicylate de soude observée chez les animaux; 3° par une communication de M. Jules Guérin sur les altérations intestinales dans la fièvre typhoïde, et leurs rapports avec l'étiologie indiquée par lui dans une précédente communication, c'est-à-dire avec l'action d'un ferment spécial, le ferment *typhique*, contenu dans les matières fécales; 4° enfin par une série de rapports de M. Bouchardat, au nom de la commission des eaux minérales.

Et la séance finit à 4 heures 1/4, faute d'assistants. Le bureau seul et la Presse étaient restés dans la salle, si bien que M. le président voyant M. Bouchardat placé, à la tribune, en face des banquettes vides, lui a demandé de remettre à la prochaine séance la communication qu'il se proposait de faire sur l'acide salicylique et les salicylates.

Nos lecteurs trouveront au compte rendu un résumé succinct du travail de M. le docteur Laborde et de la communication de M. Jules Guérin. — A. T.

HELMINTHOLOGIE

SUR LES TÉNIAS, LES ÉCHINOCOQUES ET LES BOTHRIOCÉPHALES DE L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 13 octobre et du 3 novembre 1876 (1),

Par M. le docteur A. Laboulbène,

Membre de l'Académie de médecine,
Agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

§ II. Ténia armé, Tænia solium.

Le malade qui est atteint de *Tænia solium*, de *ver solitaire armé* (2), apporte des fragments composés de plusieurs anneaux, de quatre, six, dix segments, ou un plus grand nombre, avec les pores génitaux alternes, c'est-à-dire placés tantôt d'un côté du corps, tantôt de l'autre (fig. 10). Ces segments représentant autant de cucur-

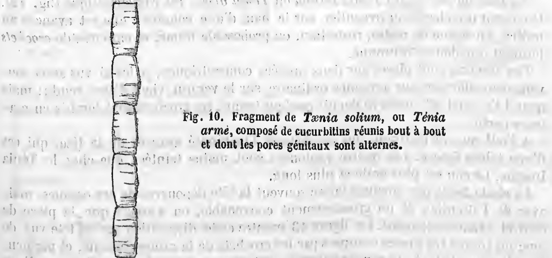


Fig. 10. Fragment de *Tænia solium*, ou *Ténia armé*, composé de cucurbitins réunis bout à bout et dont les pores génitaux sont alternes.

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 septembre.

(2) Voyez, pour la synonymie et autres détails, l'excellent article Cestoïdes, inséré par Davaine dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XIV, p. 564, 1873.

bitins ne sont pas sortis malgré la volonté; ils ont été rendus ensemble dans les garde-robes. De plus, il est exceptionnel que ces segments soint séparés. Davaine avait établi une variété de Ténia fragile sur laquelle il convient de faire des réserves et qui pourrait bien n'être que le Ténia inerme.

Un de ces anneaux, ou cucurbitin, examiné séparément, comme je l'ai dit pour le Ténia inerme (figures 3 et 6), et au besoin après l'action d'une solution de potasse caustique, montre les organes femelles disposés de chaque côté d'une tige médiane, mais rameux, dendritiques, et non pas seulement divisés à l'extrémité (fig. 11). En plaçant à côté les deux segments isolés du Ténia armé et du Ténia inerme, la différence est très-facilement appréciable. (Voyez fig. 14 et 15.)

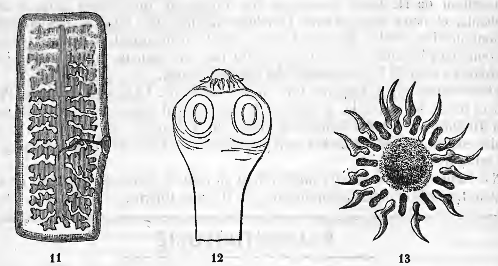


Fig. 11. ***Cucurbitin*** **grossi de** ***Tænia solium*** **ou** ***Ténia armé.*** **On voit l'utérus rameux, dendritique, et le vagin aboutissant au pore génital.**

Fig. 12. Tête grossie du ***Tænia solium*** **ou** ***Ténia armé,*** **avec le rostellum ou proboscide avancé, et une double couronne de crochets.**

Fig. 13. Milieu de la tête du ***Ténia armé,*** **très-grossie, vue de face par le haut et montrant la double couronne de crochets; plusieurs de ces crochets sont tombés sur la partie supérieure, ou couronne interne, leur place est indiquée par du pigment.**

Comme je l'ai déjà fait pour le Ténia inerme, je vais examiner les diverses parties du corps ou le strobile entier du Ténia armé, en commençant par la tête. L'ensemble de ce Ténia rappelle celui du Ténia inerme; mais, pour un œil exercé, le ver est plus petit, plus grêle, dans ses diverses parties, et, malgré son nom de Ténia armé, il est plus facile à expulser ou à faire rendre que le Ténia inerme. Ce fait, que j'ai constaté, a été signalé d'abord par Küchenmeister.

La *tête*, ou *scolex*, du *Tænia solium* ou *Ténia armé*, est caractéristique (fig. 12). On dirait un chapiteau irrégulier sur le haut d'une colonne : elle est avancée au milieu, en forme de rostre, rostellum, ou proboscide fermé, et entourée de *crochets* formant une double couronne.

Ces crochets sont placés sur deux rangées concentriques; je les ai vus assez souvent pour affirmer leur présence ordinaire sur le ver qui vient d'être rendu; mais quand l'animal est conservé depuis quelque temps, ces crochets sont tombés en majeure partie.

A l'œil nu, on distingue les crochets et l'extrémité avancée de la tête, qui est d'une teinte foncée. Les quatre ventouses sont moins teintées que chez le Ténia inerme. Le cou est plus grêle et plus long.

La chute facile des crochets laisse souvent la tête dépourvue de ces organes, mais avec de l'attention et un grossissement convenable, on s'assure que la place de ceux-ci existe réellement. La figure 13 montre cette disposition sur la tête vue de ace; on trouve les places occupées par les crochets de la rangée interne, et pigmentées. Les crochets de la rangée externe sont en grand nombre et adhèrent à leur point d'insertion (fig. 13).

Le nombre des crochets n'est pas toujours le même; j'en ai dessiné douze pour

chaque rangée ou couronne, sur la figure 13; mais le nombre paraît variable. Leuckart en a compté vingt-six; il y en aurait de vingt-deux à trente-deux d'après Davaine (1).

Les *anneaux* du strobile, ou *segments* du corps, du Ténia armé sont plus étroits, plus minces, et en somme bien moins forts et moins gros que ceux du Ténia inerme; ces segments ont leur pore latéral le plus souvent alterne, c'est-à-dire placé tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, pour chaque segment, au lieu d'avoir des séries de deux, de trois ou de quatre pores se suivant du même côté chez le Ténia inerme (figure 10).

La disposition de l'utérus renfermant les œufs chez le Ténia armé est différente de celle du Ténia inerme, car elle est plus ramassée, plus rameuse dès la base, et on remarque de six à treize ou quinze ramifications dendritiques, de chaque côté.

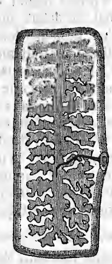


Fig. 14. ***Cucurbitin*** **grossi de** ***Tænia solium*** **ou** ***Ténia armé.***

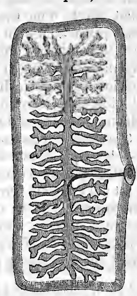


Fig. 15. ***Cucurbitin*** **grossi de** ***Ténia inerme.***

Un coup d'œil comparatif sur les deux figures 14 et 15 fera juger d'un coup d'œil cette disposition.

L'œuf du Tænia solium, un peu plus petit que celui du Ténia inerme, est rond, ayant 0mm,033=33 μ de diamètre avec la coque épaisse. Après l'action de la potasse caustique, on distingue les six crochets de l'embryon (fig. 16).




Fig. 16. Œuf de ***Ténia armé,*** **vu à gauche dans la glycérine et grossi 350 fois; à droite, même grossissement après l'action d'une solution de potasse.**

La motilité du *Tænia solium* est un peu moins vive que celle du Ténia inerme. Davaine a représenté les figures que forment les cucurbitins dans leurs mouvements d'expansion et de contraction (2), et qui durent parfois pendant vingt-quatre heures.

Le *Tænia solium* est ordinairement isolé dans l'intestin, mais le nombre est parfois de deux et même plus. J'en ai fait rendre deux à la fois, et même trois, à divers malades.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) C. Davaine, article CESTOÏDES (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XIV, p. 565, 1873).

(2) C. Davaine. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XIV, p. 566, figure 4, 1873.

CHIRURGIE

KYSTE SÉRO-SANGUIN TRAUMATIQUE DE L'ABDOMEN; — PONCTIONS AVEC LE TROCART ORDINAIRE, SUIVIES D'UNE INJECTION IODÉE; — GUÉRISON;

Par le docteur L. MICHALSKI, de Charny (Yonne).

C'est avec un vif intérêt que nous venons de lire dans l'UNION MÉDICALE, — numéros des 17 et 24 juillet 1877, — l'instructive leçon faite à la clinique de l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur Richet, sur les kystes traumatiques de l'abdomen. L'intérêt tout particulier qu'a présenté pour nous cette lecture, s'explique par l'analogie d'un cas que nous avons observé récemment, avec ceux qui font l'objet de cette leçon. Comme les deux malades de l'Hôtel-Dieu, celui que nous avons eu à soigner, était affecté d'un kyste séro-sanguin de l'abdomen, dont la cause traumatique n'était pas douteuse. Si le diagnostic put être précis quand la tumeur eut acquis un certain volume, la marche insidieuse du mal, au début, ne nous permit pas de soupçonner, tout d'abord, le développement d'un kyste péritonéal. Ce kyste occupait la région abdominale du côté gauche. La méthode de traitement employée par nous fut différente de celle de M. le professeur Richet, et nous avons eu le bonheur d'obtenir la guérison du malade. Si nous ajoutons à cela que les cas de ce genre sont très-rares, qu'on trouve peu de chose à leur sujet dans les ouvrages classiques; — bien que de tout temps, la question des kystes abdominaux ait préoccupé les pathologistes, dit l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu, il est à peine fait mention de cet enkystement séro-sanguin; — qu'en conséquence, le praticien peut se trouver embarrassé, comme nous l'avons été, nous aurons énuméré les considérations qui nous engagent à rapprocher des deux cas de l'Hôtel-Dieu l'histoire du malade que nous avons observé nous-même, histoire qu'il nous est facile de faire à l'aide des notes que nous avons prises chaque jour.

Le 25 juillet 1876, j'étais appelé à donner mes soins au nommé Paul M..., chez ses parents, au hameau des S..., commune de Saint-M...

C'est un jeune homme de 16 ans qui, malgré les apparences d'une forte constitution, n'en a pas moins quelques antécédents pathologiques importants à rappeler ici, parce qu'ils accusent une disposition particulière à l'inflammation et à l'hydropisie des séreuses. Au commencement de l'année 1875, j'avais déjà soigné Paul M... pour une hydropéricardite, suivant de près une pleurésie du côté gauche avec épanchement, pour laquelle je n'avais pas été appelé, mais dont je constatai des vestiges à l'auscultation. Pleurésie et péricardite avaient si bien guéri, que le jeune homme avait pu reprendre ses travaux fatigants d'ouvrier maréchal, sans paraître en souffrir, malgré les craintes que m'avait fait concevoir l'état du cœur, présentant un léger degré d'hypertrophie.

Présentement, mes conseils étaient réclamés pour des accidents survenus à la suite d'un coup de pied de cheval reçu par Paul M..., le 13 juillet, non pas dans l'exercice de sa profession, mais dans l'écurie d'une ferme où il avait entrepris les travaux de la fenaison pour gagner un peu plus d'argent. Comme on le voit, j'arrivais douze jours après l'accident. Voici ce qui me fut alors raconté : Le coup avait porté sur la région de l'hypochondre gauche, en partie sur les dernières fausses côtes et un peu au-dessous. Malgré la violence du coup, Paul M... put s'accrocher à la queue du cheval et ne fut pas renversé; il ne perdit pas connaissance, aussi ses souvenirs sont-ils des plus précis à ce sujet. Immédiatement se manifesta une grande douleur à la région contuse; le blessé se mit au lit, et, deux heures après, survinrent des vomissements alimentaires et bilieux, qui persistèrent le lendemain et le surlendemain. Le malade ne pouvait prendre aucun aliment sans que l'estomac ne le rendît peu de temps après; toutefois, il put se lever ces deux jours-là, et, pensant que l'accident n'aurait pas de conséquences plus graves, s'abstint de rentrer chez ses parents, qu'il ne voulait pas inquiéter. Ce fut le troisième jour seulement, qu'il se décida à rentrer dans sa famille, où il fut soigné sans qu'on jugeât nécessaire de réclamer mes conseils. Un purgatif fut administré qui procura quelque soulagement, et, bien que la douleur persistât à l'abdomen, Paul M... crut pouvoir retourner à son travail; il dut le quitter au bout de deux jours, à cause de violentes coliques qui ne lui laissaient guère de repos.

Tels sont les renseignements qui me furent donnés à mon arrivée près du malade, que je trouvai levé, se plaignant seulement de très-violentes coliques abdominales, coliques réveillées

à la palpation qui pourtant était possible. La fièvre était nulle. L'appétit, en partie conservé, ne pouvait être satisfait sans que les envies de vomir ne revinssent avec les coliques. Je ne pus constater aucune lésion superficielle ni profonde. Croyant n'avoir affaire qu'à une forte contusion des parois de l'abdomen et des parties profondes, arrivant trop tard pour compter sur l'efficacité d'une application de sangsues, je me bornai à conseiller le repos et des cataplasmes simples. Redoutant aussi quelque complication inflammatoire du côté du cœur, je fis, en même temps, appliquer par précaution un vésicatoire volant à la région précordiale.

Je revois mon malade quelques jours après, le 28 juillet; son état ne s'est pas amélioré. Je fais continuer le même traitement. Trois jours après, les coliques persistant, j'ordonne vingt gouttes de laudanum de Sydenham dans une infusion de tilleul. Les cataplasmes sont aussi fortement laudanisés.

Dans les premiers jours d'août, la situation étant toujours la même, j'ordonne une potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque, dont l'usage est continué pendant quelques jours, sans beaucoup plus de succès. Je cesse alors de voir régulièrement le malade, qui n'attend plus sa guérison que du temps; toutefois, je ne suis pas sans avoir de ses nouvelles. Vers le commencement du mois de septembre, Paul M... ne souffre plus continuellement; les coliques sont moins fortes et reviennent à des intervalles plus ou moins longs.

Le 29 septembre, enfin, le père du jeune homme vint me chercher, fort inquiet, disant qu'il s'était produit une grosseur que son fils avait découverte le matin même, en se passant par hasard la main sur le ventre. Il me fut, en effet, facile de constater l'existence d'une tumeur siégeant dans la région abdominale du côté gauche, ainsi qu'on me l'avait annoncé.

Comme on le voit, cette première partie de notre observation présente la plus grande analogie avec celle du premier malade de l'Hôtel-Dieu, qui découvrit lui-même sa tumeur, trois mois seulement après sa sortie de l'hôpital, où il avait été traité pendant quarante jours. Le diagnostic de la tumeur, sa nature, son siége, son mode probable de production ne vont pas nous offrir une analogie moins frappante.

La tumeur occupait presque toute la région latérale de l'abdomen, à gauche de la ligne blanche, présentant une saillie assez volumineuse et plus prononcée dans toute sa moitié inférieure. La tumeur ne peut être déprimée; la pression donne la sensation d'une consistance élastique. La fluctuation est obscure. La percussion dénote une matité s'étendant depuis le bord des dernières fausses côtes jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope; cette matité ne dépasse pas la ligne blanche, à droite, et n'occupe pas entièrement le flanc gauche, où l'on constate de la sonorité. Dès le premier moment, notre pensée fut que nous étions en présence d'un épanchement péritonéal, et notre diagnostic fut le suivant : hydropisie enkystée du péritoine. Nous ne nous étions pas préoccupé tout d'abord de savoir quelle pouvait être la nature de cet épanchement. L'enkystement du liquide, quel qu'il fût, nous paraissait être le point important à reconnaître, et résultait pour nous des signes décrits plus haut, auxquels il convient d'ajouter l'impossibilité de déplacer la tumeur, quelque position que l'on fît prendre au malade. La sonorité persistait dans le flanc gauche, alors que le malade se couchait sur le côté gauche; la matité ne dépassait pas la ligne blanche, lorsque le malade était couché sur le côté droit; dans la position verticale, on constatait toujours la sonorité à la région iliaque gauche. La tumeur était donc bien un kyste.

Ce premier point établi, restait à déterminer la nature du liquide enkysté; était-ce de la sérosité pure, une collection séro-sanguine ou du pus? Nous ne pouvions nous arrêter longtemps à cette dernière hypothèse que faisaient rejeter l'état général du malade resté bon, l'absence de frissons et de fièvre. Nous ne pouvions nous prononcer aussi positivement pour établir s'il ne s'était pas produit une tumeur séro-sanguine à la suite du traumatisme, ou s'il s'agissait d'un épanchement simplement séreux produit par l'inflammation du péritoine. Quoi qu'il en fût, le malade ne nous paraissait pouvoir être guéri que par des moyens chirurgicaux. Toutefois, comme il n'y avait pas urgence, il semblait plus prudent d'attendre et d'assurer le diagnostic par la marche ultérieure de la tumeur. Je prescrivis le traitement médical suivant : Vésicatoires volants répétés à de courts intervalles; de quatre à six cuillerées par jour du vin diurétique de la Charité. Ce traitement fut exactement suivi durant tout le mois d'octobre sans amener un changement notable de la tumeur, dont le volume paraissait stationnaire.

En présence d'un tel état de choses, je prévins mon malade et sa famille qu'il ne fallait plus compter obtenir la guérison par les moyens jusqu'alors employés. Je parlai d'évacuer le liquide à l'aide d'une ponction, méthode à laquelle je m'étais arrêté. A cette époque, je pensai devoir agir avec la plus grande circonspection pour faire cette ponction, et je songeai à l'appareil du docteur Dieulafoy, pour plus de sécurité. Interrogé sur la gravité de l'opération, je ne dus pas cacher à la famille qu'elle n'était pas sans danger, surtout s'il fallait, comme j'en étais convaincu, faire dans le kyste une injection iodée, sous peine de voir la tumeur récidiver. Effrayés de ces considérations, les parents hésitèrent à me laisser faire la ponction.

Paul M... ne souffrait plus, la tension du ventre causait seulement de la gêne. L'appétit était bon, l'état général satisfaisant, grâce au régime fortifiant que j'avais conseillé.

Vers le commencement de novembre, la situation se modifia ; le volume de la tumeur augmentait. Le 13, je constatai qu'elle s'étendait un peu plus bas dans la région iliaque gauche, et en haut, l'épanchement avait envahi la région épigastrique en franchissant la ligne blanche; la fluctuation était alors évidente. En même temps les vomissements s'étaient reproduits, ce ce qu'expliquait facilement le refoulement de l'estomac par le kyste. Il fallait donc aviser, dût-on ne faire qu'une ponction simple. Tel était mon avis, que je ne pus faire partager de suite aux parents. Ce fut seulement vers le milieu de décembre qu'on se décida à me laisser faire, alors que les vomissements étaient devenus si fréquents que le malade ne pouvait plus se nourrir. L'amaigrissement était notable; l'état général devenait inquiétant. Je ne devais faire qu'une simple ponction pour évacuer le liquide; toutefois, je priai le docteur Michalski (de Villiers), mon frère et confrère, d'examiner le malade et de me donner son avis. Ma manière de voir fut entièrement approuvée.

Le 19 décembre, la ponction fut faite à la partie moyenne de la tumeur, avec le trocart de trousse le plus fin de la série Mathieu. Le diagnostic est confirmé par la sortie d'une sérosité limpide ayant une couleur qu'on ne pouvait mieux comparer qu'à celle du café noir très-léger. On obtint ainsi trois litres de ce liquide; l'évacuation du kyste, à l'aide d'une canule très-étroite, demanda un certain temps, circonstance qui satisfait, pensons-nous, à l'indication donnée par le professeur Richet, de ne pas laisser échapper en une fois tout le liquide contenu dans le kyste, de peur que le retrait brusque de la poche ne déterminât une rupture des adhérences qui la forment.

Le malade a souffert un peu dans la journée; il a eu des coliques et un peu de fièvre.

Le 21 décembre, deux jours après la ponction, le malade va bien, ne souffre plus, a grand appétit. Les vomissements ont cessé depuis l'opération. A côté de cela, je constate que le liquide commence à se reproduire, ainsi que je m'y attendais. Paul M... est décidé à subir une seconde ponction quand il sera nécessaire.

L'état général redevient meilleur, grâce à un bon régime. Les mois de janvier et de février se passent sans aucun incident notable. Le kyste se reproduit et l'on attend le moment opportun pour faire évacuer de nouveau le liquide.

Une nouvelle ponction fut faite le 20 février, bien qu'à cette époque la tumeur n'ait pas atteint un volume aussi considérable que la première fois. La quantité du liquide évacué fut aussi moindre; il ne sortit qu'un litre d'une sérosité limpide et moins colorée. Comme la première, cette seconde ponction ne fut suivie d'aucun accident.

La première ponction avait retardé le développement du kyste. Verrions-nous la tumeur disparaître tout à fait après la seconde? Telle est la question que nous pouvions nous poser, sans trop compter sur un de ces cas heureux où les choses se passent ainsi. Si tel avait été notre espoir, il eût été bientôt déçu, l'épanchement n'ayant pas tardé à se reproduire de nouveau. Paul M... décidé, cette fois, à tout supporter pour en finir, me laissa libre de faire ce que je jugerais convenable pour obtenir une guérison définitive.

J'avais déjà parlé d'une injection iodée; je me décidai à la faire, le 16 avril 1877, assisté du docteur Michalski (de Villiers). La ponction donna issue à deux litres d'une sérosité un peu trouble et toujours un peu colorée. On injecta 150 grammes du liquide iodé au quart, qui fut évacué au bout de trois minutes en quantité exactement égale. Le ventre fut enduit de collodion et recouvert de ouate.

Le lendemain, l'état du malade est des plus satisfaisants; il n'a pas eu de fièvre et n'a souffert que de la faim.

Le 19 avril, la situation n'a pas changé. Le ventre n'est pas plus sensible qu'à l'ordinaire; la sonorité de l'abdomen est revenue partout. Le liquide ne paraît pas se reproduire. Je ne revoie plus mon malade qu'à de longs intervalles, et, chaque fois, j'ai la satisfaction de constater les heureux effets de l'injection iodée. Durant les mois de mai et juin, la guérison se confirme.

Avant de clore cette observation, j'ai voulu revoir mon malade. Aujourd'hui, 21 juillet 1877, la guérison paraît complète. Le ventre, revenu à son état normal, ne présente plus la moindre saillie dans la région qu'occupait naguère le kyste. La percussion de l'abdomen fait constater de la sonorité dans toute son étendue, sonorité toutefois un peu moins forte à gauche, ce qui s'explique par l'épaississement des parois abdominales en ce point. Un tel état, trois mois après l'opération, nous fait espérer que la guérison est définitive, sans qu'il soit possible d'affirmer que le kyste ne pourra pas se produire ultérieurement.

Telle est l'histoire de mon malade qui, rapprochée des cas malheureux de l'Hôtel-Dieu, ne laisse pas de nous inspirer de graves réflexions. Le premier enseigne-

ment que nous en tirons, c'est l'extrême difficulté du diagnostic au début, rien ne pouvant faire soupçonner le développement du kyste à la suite d'un traumatisme.

Nous n'avons pas, comme on a pu le voir, cherché à préciser l'origine du kyste, ce point du diagnostic nous paraissant des plus difficiles.

Nos conjectures, sur son mode de production, se rapportaient exactement à ce que pense M. le professeur Richet en pareil cas : « Le traumatisme violent, en « déprimant et contusionnant les parois abdominales et les parties situées immé- « diatement au-dessous, a déterminé la rupture de nombreux vaisseaux, l'hémor- « rhagie s'est cloisonnée et a donné dans la suite naissance à un véritable kyste « hématique circonscrit. »

Ce n'est pas sans hésitation que nous nous sommes décidé à traiter la tumeur comme nous l'avons fait; nous n'ignorions pas qu'une péritonite pouvait faire succomber en quelques jours notre malade. Nous savions être quelque peu téméraire, ayant toujours à redouter la rupture d'adhérences trop récentes; aussi nous félicitons-nous plus que jamais de l'heureux résultat obtenu. Tout accident a-t-il été évité parce que nous avons opéré au lit même du malade, ainsi que le recommande aujourd'hui M. Richet? Cette circonstance nous paraît certainement favorable, mais nous croyons devoir attribuer, pour une large part, l'innocuité de l'opération à la canule d'étroit calibre que nous avons employée, et grâce à laquelle l'écoulement du liquide ne pouvait se faire brusquement.

Pouvons-nous conclure de ce cas qu'il faille préférer l'injection iodée à la canule laissée à demeure? Nous n'oserions nous prononcer à ce sujet; nous regrettons que M. le professeur Richet n'ait pas exposé les raisons qui ont déterminé le choix de la méthode employée par lui. Toutefois, n'est-il pas à craindre que cette canule en contact avec les parois du kyste, « nécessairement soumise aux divers mouvements « imprimés à la région par la respiration et la contraction des muscles de l'abdo- « men », ne suffise pour causer une irritation continuelle et déterminer l'inflammation du péritoine?

Quoi qu'il en soit, la question des kystes traumatiques de l'abdomen mérite bien d'attirer l'attention des chirurgiens. Ces kystes peuvent être profonds ou superficiels, contractent avec les différents organes de l'abdomen des rapports difficiles à préciser, mais d'une importance capitale quand il s'agit de choisir la méthode de traitement à employer. On comprend la perplexité du praticien en pareil occurrence. Quel parti prendre en présence d'un mal qui ne peut guérir par les seuls efforts de la nature, mal dont les progrès mettent en question l'existence du malade, alors que, d'autre part, les moyens offrant quelque chance de guérison présentent un danger réel? On ne saurait trop désirer que la science puisse établir quelques indications précises à ce sujet.

Charny (Yonne), 25 juillet 1877.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1877.— Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaistre, médecin des épidémies de l'arrondissement de Limoges, sur une épidémie d'angine diphthéritique qui a été observée en 1877 dans la commune de Saint-Sulpice-Laurière.

2° Le compte rendu des épidémies observées dans le département des Alpes-Maritimes en 1875, et de la Haute-Loire en 1876. (Com. des épidémies.)

3° Le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux de Fumades pour la saison de 1875. (Com. des aux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Michel Peter, professeur à la Faculté de médecine, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

2° Une lettre de M. le docteur Després, chirurgien de l'hôpital Cochin, qui se porte comme candidat pour la section de pathologie chirurgicale.

—

M. Alphonse Guérin fait un rapport verbal sur un travail adressé par M. Georges Otis, chirurgien en chef de l'armée d'Amérique, et relatif au transport des blessés par les bêtes de somme.

—

M. le docteur Laborde lit un travail intitulé : *De l'action physiologique du salicylate de soude, et du mécanisme de cette action.*

Ce travail contient les résultats des expériences que l'auteur a faites sur des chiens auxquels il a pratiqué des injections intra-veineuses de salicylate de soude. Il a eu recours, dit-il, à ce mode d'administration du médicament, parce que le salicylate ingéré dans l'estomac, chez le chien, provoque fatalement le vomissement, même aux doses inférieures de 1 gramme et de 50 centigrammes.

Voici comment il procède :

Pour un chien de moyenne taille, et du poids de 15 à 20 kilogrammes, on prend de 4 à 5 grammes, au moins, de salicylate de soude (cette dose est nécessaire pour produire des effets marqués); on les dissout dans 10 ou 12 centimètres cubes d'eau distillée; la solution est soigneusement faite, filtrée et légèrement chauffée, à la température approximative du sang en circulation. Puis l'une des veines crurales étant dénudée et préparée pour l'injection, celle-ci est poussée modérément, par petites quantités à la fois, en laissant un intervalle de 1, 2, 3 minutes entre chaque poussée, de telle sorte que l'injection totale ne soit réalisée qu'après 15, 20, et même 25 minutes.

Dans ces conditions, M. Laborde n'a jamais observé, au cours de ses expériences, aucun accident ; les seuls phénomènes notables et notés durant l'injection ont été les suivants :

Une accélération légère des battements du cœur et des mouvements respiratoires, quelques cris plaintifs et un peu d'agitation au début ; dans quelques cas, un ou deux efforts de vomissement bientôt réprimés.

Très-peu de temps après l'injection, si l'on pince ou si l'on pique diverses parties de la surface cutanée, on s'assure que les *réflexes* sont conservés, dans une mesure suffisante, pour être parfaitement appréciables.

Mais on ne voit pas en même temps l'animal réagir volontairement. En outre, celui-ci se tient avec quelque difficulté sur ses pattes ; la démarche est légèrement titubante, ataxique. Il paraît sourd et indifférent aux bruits extérieurs ; il est plongé dans une sorte d'hébétude, et même de stupeur, quand la dose reçue a été suffisamment élevée pour produire cet effet ; enfin, abandonné à lui-même, il ne tarde pas à se coucher dans l'attitude du chien qui veut dormir, et il tombe, en effet, dans un état de somnolence auquel il est difficile de l'arracher.

Des expériences analogues ont été faites par M. Laborde sur le cobaye, et lui ont donné les mêmes résultats.

De ces expériences, M. Laborde croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'action physiologique du salicylate de soude porte d'une façon *prédominante, élective,* sur les phénomènes de sensibilité à la douleur, ou *consciente* ;

Le mécanisme de cette action réside dans l'influence exercée par la substance chimique, non pas sur la propriété conductrice du cordon nerveux sensitif, mais sur le centre récepteur et élaborateur des impressions périphériques ;

Cette action du salicylate de soude sur les phénomènes fonctionnels de sensibilité, et, par conséquent, sur le siége organique cérébral de ces phénomènes, donne la raison des effets produits sur les symptômes douloureux, dans l'état morbide ; et c'est principalement, et peut-être exclusivement à ce titre d'*analgésiant*, que l'acide salicylique intervient dans la cure du rhumatisme articulaire.

Les recherches expérimentales qui ont servi de base à ce travail ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Béclard. (Com. MM. Sée, Gueneau de Mussy, Vulpian.)

—

M. Jules Guérin place sous les yeux de l'Académie un certain nombre de pièces pathologiques et de photographies représentant la série des lésions intestinales observées dans la fièvre typhoïde.

Ces pièces et dessins montrent, dit M. J. Guérin, les caractères des altérations intestinales typhiques dans leurs rapports avec l'étiologie qu'il a indiquée ; c'est-à-dire que ces désordres sont subordonnés à l'action vésicante et destructive des matières fécales en contact avec la

muqueuse de l'intestin, et qu'ils sont en rapport, en quelque sorte, avec la quantité, la qualité et, pour ainsi dire, l'âge du ferment typhique.

—

M. Bouchardat, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources pour l'usage médical. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er août 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire. — Présentations. — Traitement des pollutions nocturnes par l'appareil électro-médical de M. Minière. — Procédé pour graisser les instruments de lithotritie. — Oblitération intestinale congénitale. — Présentation de malade.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Cavaillon, médecin à Carpentras (Vaucluse), deux observations d'anorexie hystérique; — une observation de congélation superficielle des pieds chez un diabétique, guérie par le traitement du diabète; — une observation de corps étranger (lame de fer) dans le sac préputial; — une observation de corps étranger (épi de blé) dans les voies aériennes d'un enfant de 2 ans 1/2, guérison par expulsion du corps étranger dans un accès de toux spasmodique. M. Verneuil présente, en outre, au nom de M. le docteur Soulez (de Romorantin), un calcul vésical du volume d'un œuf de poule, extrait par la taille vésico-vaginale; la plaie de l'opération s'est guérie spontanément.

— M. Desprès met sous les yeux de ses collègues un nouveau modèle de bout de sein artificiel dont l'auteur est M. le docteur Barbier. Ce bout de sein est analogue à celui présenté par M. le docteur Bailly; mais le modèle présenté par M. Barbier serait, dit-il, plus ancien que celui de M. Bailly.

— M. Tillaux communique un cas de guérison de pollutions nocturnes rebelles, au moyen de l'appareil électro-médical de M. Minière. Le sujet de cette observation est un étudiant en médecine qui avait des pertes séminales presque toutes les nuits. Toutes les médications usitées en pareil cas avaient échoué. L'appareil électro-médical fut appliqué du 4 juillet au 1er août; pendant tout ce temps, le malade n'a pas eu de pollution; l'état général est devenu satisfaisant.

— M. Desprès fait connaître le procédé suivant, qu'il emploie pour graisser les instruments destinés à broyer la pierre dans la vessie. Il commence par injecter dans l'urèthre et la vessie environ 70 à 80 gram. d'huile. L'instrument, introduit alors, pénètre facilement dans le réservoir urinaire, en quelque sorte par son propre poids.

— M. Depaul communique une observation, avec pièce anatomo-pathologique, d'oblitération intestinale congénitale. Le sujet de cette observation, né le 25 juillet dernier dans le service de M. Depaul à l'hôpital des Cliniques, eut, le lendemain de sa naissance, des vomissements bilieux. La conformation extérieure du périnée était normale, mais une sonde de femme, introduite dans l'anus, était arrêtée à 1 centim. 1/2 environ. Le petit doigt constatait en ce point l'existence d'un cul-de-sac. M. Depaul réserva son diagnostic au point de vue du siége de l'oblitération intestinale, car il a vu des cas où l'oblitération siégeait à l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, bien qu'il existât un cul-de-sac au niveau de l'anus.

Robert et M. Depaul ont donné autrefois les signes qui permettent de soupçonner le siége réel de l'oblitération. Il faut tenir grand compte de la forme et du volume du ventre. Quand le gros intestin est libre et plein de matières, le ventre prend un volume considérable, surtout transversalement. Si le gros intestin est vide, le ventre est pointu et saillant en avant, et on constate de la sonorité au pourtour. L'oblitération siége presque toujours à la fin de l'intestin grêle ou à la fin du gros intestin. L'impulsion communiquée au doigt indroduit dans l'anus, pendant les efforts de l'enfant, n'a qu'une moindre valeur, car cette impulsion existe toujours, même lorsque l'oblitération est très-éloignée.

Chez le sujet dont M. Depaul présente la pièce pathologique, on diagnostiqua une oblitération au niveau du cœcum, ce qui éloigna l'idée d'une intervention chirurgicale, l'opération de Littre ne donnant presque jamais de bon résultat. L'enfant mourut de péritonite.

A l'autopsie, on trouva l'intestin grêle distendu par les matières. On voit, sur la pièce, partir de la paroi gauche du bassin un cordon fibreux allant vers la droite, puis se dirigeant horizontalement, et enfin à gauche pour se terminer au cœcum. Il n'y avait aucune communication entre la fin de l'intestin grêle et le gros intestin.

— M. le docteur Maréchal présente le malade sujet de la communication qu'il a faite dans la dernière séance.

D[r] A. Tartivel,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session de 1877 — Congrès du Havre (1)

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

M. Dally fait une communication sur l'hystérie dont le groupe trop vaste, selon lui, devrait être fragmenté; par exemple le phénomène que M. Dally désigne sous le nom de *délire malicieux*, qui ne serait d'ailleurs qu'un fait de simulation, ce que confirme M. Lecadre par des exemples qu'il rapporte.

M. Houzé de l'Aulnoit présente un résumé de ses études sur les amputations sous-périostées qui ne donnent pas des résultats immédiats préférables, mais les accidents consécutifs sont beaucoup moindres, et l'on évite par son procédé les ulcérations, les fistules, la gangrène, la conicité du moignon. Il expose son manuel opératoire, la manière dont il taille le lambeau de périoste, la nécessité absolue qu'il y a de ne l'isoler que sur sa face osseuse et de le laisser adhérent aux muscles. M. Houzé de l'Aulnoit étudie ensuite le degré de constriction qu'il faut exercer lorsqu'on pratique l'ischémie par la méthode d'Esmarck; la pression de la bande ne doit, pour un membre, dépasser 8 kilog. Enfin il recommande absolument l'immobilité du moignon; et, pour l'obtenir, il immobilise l'articulation supérieure par des gouttières spéciales. M. Houzé fait dans les avant-bras l'hémostase habituelle. Après l'opération, il peut, sans ligature, sans torsion, ne pas avoir d'écoulement sanguin et uniquement en tenant l'avant-bras élevé. Il croit que ce procédé pourra rendre de grands services sur les champs de bataille.

M. Teissier, de Lyon, fait une communication sur l'albuminurie. Les auteurs rattachent l'albuminurie à une lésion des reins ou à une altération du sang. Il existe un troisième facteur généralement oublié, c'est l'influence du système nerveux central ou du grand sympathique sur l'albuminurie.

Monneret avait accepté cette influence, et M. Gubler a décrit un cas d'albuminurie, suite d'une lésion de l'isthme encéphalique. Cependant l'intervention du système nerveux, comme cause d'albuminurie, est encore contestée.

L'observation attentive de plusieurs faits autorise M. Teissier à penser que les manifestations nerveuses peuvent se présenter longtemps avant l'albuminurie, et qu'elles sont la cause et non le résultat de cette albuminurie.

M. Teissier cite cinq observations et s'appuie sur elles pour démontrer que l'albuminurie d'origine nerveuse est plus commune qu'on ne le dit généralement. Cette idée confirme les expériences de Claude Bernard, faisant apparaître du sucre ou de l'albumine dans l'urine en piquant des points différents du quatrième ventricule,

Au point de vue thérapeutique, il y a à tirer quelques bénéfices de la démonstration de l'origine nerveuse de l'albuminurie.

Les phénomènes apoplectiques pourraient être le résultat d'une exagération dans le traitement alcalin. La meilleure médication est celle qui est capable de relever les forces du malade : le quinquina, les eaux très-modérément alcalines, la valériane, les gouttes amères de Baumé, les gouttes arsenicales.

M. Potain fait une communication sur les indications de la thoracentèse, et présente un appareil qui permet d'apporter plus de précision dans la pratique de cette méthode.

M. Lecadre entretient la section d'une nouvelle cause de fièvre intermittente qu'il a pu constater dans une épidémie observée à Lillebonne, en 1875 et en 1876. Il croit qu'on doit attribuer cette épidémie au foin coupé dans les marais et exposé pendant quelques jours à la pluie.

M. Leudet fait une communication sur la tuberculose chez les hystériques. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'hystérie peut précéder, accompagner le début de la tuberculisation pulmonaire, ou même apparaître dans son cours; 2° le plus souvent, l'hystérie convulsive cesse au moment du début de la tuberculisation ou dans sa première période; 3° la névrose provoque souvent, dans le cours de la tuberculose, des troubles dans la sensibilité ou dans la motilité; 4° les

(1) Suite. — Voir les numéros des 1[er] et 6 septembre.

manifestations de l'hystérie doivent être distinguées des troubles nerveux périphériques qu'on observe dans les maladies chroniques, et surtout dans la phthisie; 5° la préexistence de l'hystérie n'empêche pas le développement rapide de la phthisie; 6° le plus souvent la tuberculose pulmonaire, chez les hystériques, offre une longue durée; les rémissions paraissent plus longues que chez les malades non hystériques. (*A suivre.*)

Congrès Médical International

Session de 1877, à Genève

On nous écrit de Genève à la date du 10 septembre :

La première séance du Congrès a eu lieu hier dimanche, à trois heures.

Cent cinquante médecins environ étaient présents, des Italiens, des Belges, quelques Allemands, et bon nombre de médecins de France : MM. Hardy, professeur; Bouchut, Gallard, Millard, Forget, Galezowski, Guyot (J.), Perrin (E.-R.), Lethiévant (de Lyon), Pamard (d'Avignon).

M. Vogt, président du Comité d'organisation, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès.

Après lui, MM. Droz, membre du Conseil fédéral suisse; Carteret, président du Conseil d'État, et le président du Conseil municipal, ont remercié le Congrès d'avoir choisi la Suisse, et Genève en particulier, pour lieu de réunion du Congrès.

M. Droz a eu grand succès, parlant au nom de la Confédération helvétique. Le secrétaire général a exposé les mesures d'organisation prises par le Comité, et M. Hardy a proposé que le bureau définitif fût composé des membres du Comité d'organisation.

M. Vogt, devenu président du Congrès, a prononcé un assez long discours où il a fait largement le procès à la médecine expérimentale, affirmant carrément que la médecine doit être une science d'observation, etc., etc.

Je n'ai pas le temps de vous en écrire plus long. — A. B.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS. — KEETLEY.

Dans les cas d'épistaxis, qui sont plus gênants que dangereux, et qui se manifestent presque toujours d'une manière intempestive, l'auteur recommande les lotions d'eau chaude sur la face et le nez, et déclare en avoir obtenu de meilleurs effets que de l'eau froide. Il pense que l'eau chaude agit tout simplement en diminuant la congestion de la muqueuse, qui est la cause première de la plupart des épistaxis. On comprend, du reste, que ce moyen ne s'applique pas aux cas graves, qui réclament le tamponnement.

Dans plusieurs cas, où le tamponnement à l'aide du perchlorure de fer avait échoué, le docteur George a réussi à arrêter l'épistaxis en prescrivant l'usage interne de l'extrait d'ergot de seigle. Tous les quarts d'heure, jusqu'à ce que l'épistaxis cesse, il administre, dans une mixture, quinze minims d'extrait liquide d'ergot (environ 0 gr. 60 centigr.). Puis, lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, le malade doit continuer à prendre la même dose, de quatre en quatre heures, pendant un jour ou deux. L'auteur cite trois observations favorables à l'appui de ce mode de traitement. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 13 SEPTEMBRE 1631.

François Quiquebeuf meurt à Paris, et est enterré dans l'église de Saint-Eustache. Docteur de la Faculté de Paris (20 février 1619), il était fils d'Antoine Quiquebeuf, également docteur régent, et de Madeleine Morlot. — A. CH.

COURRIER

ÉCOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — M. Berlioz, docteur en médecine, est institué suppléant d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble pour une période de neuf années.

M. Berlioz, suppléant d'anatomie et de physiologie à la même École, est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. Sâtre, démissionnaire.

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — Le concours pour l'obtention du prix annuel institué sur les fonds du legs Lebeault portera alternativement sur la pharmacie et sur la zoologie médicale.

Il comprendra une épreuve écrite et une épreuve pratique.

Pour la pharmacie, l'épreuve écrite portera sur un sujet de pharmacologie générale.

L'épreuve pratique consistera en une reconnaissance de dix composés galéniques et dix composés chimiques.

Pour la zoologie, l'épreuve écrite aura pour sujet la zoologie appliquée.

L'épreuve pratique consistera dans la détermination de vingt produits animaux afférents à la matière médicale.

Il sera accordé quatre heures pour la composition écrite.

La durée des épreuves pratiques sera de vingt minutes.

LES BIBLIOTHÈQUES PUBLIQUES DE PARIS. — Le ministère de l'instruction publique vient de dresser la statistique de toutes les Bibliothèques de France. Voici les chiffres que nous y relevons, relativement aux bibliothèques parisiennes :

La Bibliothèque nationale, qui n'a son égale nulle part, contient plus d'un demi-million de volumes.

Outre la Bibliothèque de la rue Richelieu, la ville de Paris possède encore d'importantes collections, que nous citons par ordre alphabétique.

Bibliothèque des Archives, fondée par Daunou en 1808, 20,000 volumes.

Bibliothèque de l'Arsenal, qui date du siècle dernier, fondée par Saulmy d'Argenson, 200,000 volumes et 8,000 manuscrits. Cette bibliothèque est surtout riche en documents relatifs au théâtre.

Bibliothèque des avocats, au Palais de Justice, 12,000 volumes.

Bibliothèque du Bureau des longitudes, 5,000 volumes.

Bibliothèque du Collége de France, 6,000 volumes.

Bibliothèque du Conservatoire des arts et métiers, 20,000 volumes.

Bibliothèque du Corps législatif, 30,000 volumes.

Bibliothèque de la Cour de cassation, 48,000 volumes.

Bibliothèque de la Faculté de droit, 9,000 volumes.

Bibliothèque de la Faculté de médecine, 35,000 volumes.

Bibliothèque de l'hôtel de la Monnaie, 2,000 volumes.

Bibliothèque de l'Imprimerie nationale, 3,000 volumes.

Bibliothèque de l'Institut, 100,000 volumes.

Bibliothèque des Invalides, 25,000 volumes.

Bibliothèque du Louvre, 100,000 volumes.

Bibliothèque du ministère des affaires étrangères, 14,000 volumes.

Bibliothèque Mazarine (*Bibliotheca a fundatore Mazarinea*), fondée vers le milieu du XVIIe siècle, 160,000 volumes.

Bibliothèque du Muséum d'histoire naturelle, 35,000 volumes.

Bibliothèque Sainte-Geneviève, 170,000 volumes.

Bibliothèque de l'ancien Sénat (palais du Luxembourg), 20,000 volumes.

Bibliothèque de la Sorbonne, 115,000 volumes.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. Budin et Pinard commenceront, le 15 septembre, un nouveau cours d'accouchements. Ce cours sera complet en deux mois, et comprendra quatre parties : 1° anatomie, physiologie et grossesse ; 2° eutocie ; 3° dystocie ; 4° exercices pratiques, opérations. — S'adresser pour les renseignements, et pour s'inscrire, 29, rue Monsieur-le-Prince.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 6 septembre 1877, on a constaté 896 décès, savoir :

Variole, 1 décès ; — rougeole, 12 ; — scarlatine, 3 ; — fièvre typhoïde, 34 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 29 ; — pneumonie, 42 ; — dysenterie, 3 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 37 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 18 ; — croup, 13 ; — affections puerpérales, 1 ; — affections aiguës, 346 ; — affections chroniques, 314 (dont 134 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 27 ; — causes accidentelles, 23.

A Londres, du 26 août au 1er septembre 1877, on a noté 1,238 décès.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE;

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Par le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Historique. — Mort subite dans la fièvre typhoïde ; sa fréquence ; moment d'apparition ; symptômes. — Mort subite par le cœur, et non par les poumons ou le cerveau.

Depuis longtemps déjà, les auteurs divers qui ont écrit l'histoire de la fièvre typhoïde, surtout au point de vue clinique, ont signalé quelques cas de morts subites survenant pendant la convalescence de cette maladie. Mais cette terminaison était rapportée sans commentaires, ou les explications qu'on en donnait ne visaient que certains faits isolés dans la science.

C'est ainsi que, dans le livre de Chomel sur la fièvre typhoïde, dans la clinique d'Andral, il est fait une simple mention de cet accident, à propos de deux observations.

A l'étranger, Graves, Wunderlich, Griesinger, n'insistèrent pas davantage, quoique ce dernier auteur eût voulu chercher l'explication de ces morts subites dans l'existence de coagulations sanguines de l'artère pulmonaire.

Il faut arriver jusqu'en 1864 pour trouver l'ébauche d'un travail sérieux sur ce sujet si intéressant : Zenker (1), dans son travail sur les lésions musculaires de la fièvre typhoïde, avait déjà remarqué que la fibre charnue du cœur présentait, dans certains cas, des lésions parfois très-accentuées, lésions qui avaient été déjà si bien entrevues par Laennec et Louis dans les fièvres graves, et par Stokes dans le typhus pétéchial. Dans un cas qui s'est terminé fatalement d'une façon soudaine et imprévue, cet auteur trouvait, à l'autopsie, une infiltration granuleuse très-avancée des fibres myocardiaques, et se demandait déjà si la mort subite ne pouvait pas être expliquée par une paralysie du cœur ; mais il est juste de faire remarquer cepen-

(1) Zenker. *Ueber die veränderungen der willkürlichen muskeln in typhus abdominalis.* Leipzig, 1864.

FEUILLETON

CAUSERIES

Il y a longtemps — et ce longtemps nous avait paru bon — que l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France n'avait été le but d'attaques et de critiques. Dans son dernier compte rendu, le Secrétaire général se réjouissait devant ses collègues des départements et de Paris du silence qui s'était fait autour de cette institution, et il annonçait avec satisfaction que, en présence des bienfaits de l'Œuvre, les hostilités semblaient avoir cessé et que les oppositions s'étaient éteintes. Le Secrétaire général se serait-il trop pressé de témoigner de sa satisfaction ? Je le crains, et voici un incident qui me suscite quelques appréhensions.

Dans un des derniers numéros de la *Gazette médicale de Bordeaux*, et sous ce titre : *La solidarité professionnelle,* on lisait ceci :

« Deux ou trois médecins, des plus estimés et des plus considérables, ont été relevés, ces temps derniers, de fonctions importantes et qu'ils remplissaient depuis longues années à la satisfaction de tous. Leur seul tort était d'avoir perdu la faveur gouvernementale : leur chef hiérarchique l'a noblement fait comprendre.

« Nous pensons qu'il y va de l'honneur et de la dignité du Corps médical de protester contre de pareils errements. La profession de médecin est une de celles qui devraient être à l'abri des caprices de la politique, attendu qu'elle n'a point à distinguer des catégories d'aucune sorte dans les soins qu'elle prodigue. Seul, le médecin qui a forfait à ses devoirs, aux conve-

dant que, dans deux autres faits, la même altération du myocarde n'a pas été constatée (1).

C'est seulement en 1869 que cette question est étudiée d'une façon magistrale par M. Dieulafoy, dans sa thèse de doctorat. Après lui, et dans la même année, M. Hayem inaugurait, sur ce point, une série de recherches des plus importantes, que nous aurons plusieurs fois l'occasion de citer.

Il est donc parfaitement établi que la mort subite est un accident possible, et même relativement assez fréquent, dans la dothiénentérie, d'après les recherches statistiques de Libermann, qui, sur 228 décès par fièvre typhoïde, a noté 13 morts subites, soit 5,7 p. 100. Mais nous croyons que cet auteur est tombé sur une série malheureuse, et nous sommes fondé à croire que la proportion des morts subites est moins considérable.

Avant de se livrer à la discussion des théories, il est important de savoir à quelle

(1) Je donne ici, pour ne pas avoir à y revenir, la liste des auteurs qui, par des observations ou leurs travaux, se sont occupés de cette question :

Louis. *Fièvre typhoïde,* 2e éd., 1841, vol. I, p. 298-300. — Chomel. *De la fièvre typhoïde,* 4e obs., p. 90. — Andral. *Clin. méd.,* 2e obs., p. 63. — Graves. *Clin. méd.* — Wunderlich. *Pathologie und therapie.* — Griesinger. *Traité des maladies infectieuses,* trad. par Lemattre, 1868; 2e éd. revue et trad. par Vallin, 1877. — Hayem. 1° *Note sur les altérations des muscles dans les fièvres, et particulièrement dans la variole.,* Soc. de biol., 1866; 2° *Recherches sur les rapports existant entre la mort subite et les altérations vasculaires dans la fièvre typhoïde* (*Arch. de phys.,* 1869, p. 700); 3° *Études sur les myosites symptomatiques* (*Arch. de phys.,* p. 00, 1870); 4° *Leçons cliniques,* in *Gaz. hebd.,* 1874, et *Progrès méd.,* 1875, *sur les manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde.* — Dieulafoy. 1° *Gaz. des hôp.,* 19 octobre 1867; 2° *De la mort subite dans la fièvre typhoïde.* Thèse inaug., 1869; 3° *Gaz. hebd.,* nos 20 et 22, 1877. — Ernest Besnier. In *Union méd.,* 1870, p. 188 et 691; 1873, p. 702, et in *Tribune méd.,* 1875. — Laveran. *Des dégénérescences qui se produisent dans les maladies aiguës, et de leurs conséquences au point de vue clinique* (*Arch. de méd.,* 1871, p. 97). — Carville. 1° in Soc. méd. des hôp., 9 oct. 1868, et *Union Méd.,* 1868, p. 551; 2° in Thèse inaug. *sur la température dans la fièvre typhoïde,* 1872. — MM. Longuet (1873), Genuit (1875), Menaut (1875); Tambareau (1877), Thèses inaugurales. — Bussard. *De la mort subite dans la fièvre typhoïde,* in Recueil de mémoires de méd. chir. pharmacie militaires, 1876, n° 174, p. 428. — Libermann. *Mort subite par syncope dans le cours de la fièvre typhoïde,* in *Gaz. des hôp.,* nos 6 et 7, 1877.

---

nances professionnelles, ou aux lois de l'humanité, devrait être révoqué de la sorte. Le pouvoir, *quel qu'il soit,* — j'insiste bien sur ce fait, — est blâmable de se laisser, dans ces circonstances, diriger par des rancunes particulières. Nous croyons qu'il appartient à notre grande Association de mettre ce fait en lumière, et de défendre notre indépendance compromise. Nous croyons aussi qu'aucun médecin ne devrait accepter de remplacer des confrères ainsi frappés. L'exemple nous a été donné ailleurs, et personne n'y a trouvé à redire.

« Dr R. E. P. »

Un journal de médecine de Paris, le *Progrès médical,* après avoir reproduit cet article de la *Gazette médicale de Bordeaux,* l'a fait suivre du commentaire suivant :

« C'est, dit-il, la *Gazette médicale de Bordeaux* qui réclame ainsi l'intervention de l'Association générale des médecins de France; c'est des bords de la Garonne que part ce cri d'appel à l'assistance morale de la grande Société. Si la foi aux programmes et la croyance aux prospectus étaient bannies du reste de la terre, on les retrouverait en ce proverbial pays de Gascogne :

« Rodrigue qui l'eût dit? — Chimène qui l'eût cru? »

« Mais, quoi? Tant de fois on avait répété que la fédération était le salut et l'affranchissement; que le Corps médical, une fois uni, serait en mesure de protéger ses membres contre tous les abus, contre toutes les injustices; tant de fois on avait, en de beaux discours, rappelé que l'assistance pécuniaire, l'aide matérielle, étaient le moindre des bienfaits à attendre de la centralisation, le but principal étant de mieux défendre l'honneur médical, de relever la dignité professionnelle; tant de fois on avait redit qu'un comité central, résidant à Paris, composé

période de la maladie cet accident survient de préférence, et sous quel aspect il se présente :

1° D'abord, la mort subite est un accident de la convalescence de la maladie; dans un seul cas, rapporté par Libermann, elle eut lieu au sixième jour. Sur 34 observations réunies par M. Dieulafoy, la mort est survenue 4 fois du dix-septième au dix-huitième jour; 4 fois au dix-neuvième; 6 fois au vingtième; 5 fois au vingt-unième, et 4 fois du vingt-troisième au vingt-quatrième jour. Enfin, dans un cas rapporté par M. Bertrand, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou (1), la mort est survenue le quarante-unième jour, pendant la convalescence d'une rechute de la fièvre typhoïde.

2° La mort survient le plus souvent avec soudaineté, au moment où l'on s'y attend le moins, pendant la convalescence, alors que le malade paraît avoir échappé à tous les dangers de la maladie, et qu'il se sent lui-même très-bien portant. Fait remarquable, cette complication paraît survenir indifféremment à la suite des dothiénentéries de médiocre intensité, comme à la suite des fièvres typhoïdes graves et adynamiques, en sorte que, d'après la marche même de la maladie, d'après les symptômes observés pendant son cours, il serait souvent impossible au médecin de prévoir une fin funeste. A ce sujet, nous nous bornerons à faire nos réserves que nous exprimerons plus loin. Qu'il nous suffise de dire que la mort subite peut être souvent prévue d'après l'existence de certains phénomènes prémonitoires.

C'est souvent à l'occasion d'une émotion, d'un effort, de l'action de se lever, d'un changement de position, etc., que la mort subite survient. Le malade s'affaisse subitement, le pouls cesse de battre, le cœur s'arrête, la face devient pâle, et la mort se produit dans l'espace de quelques secondes à quelques minutes. Parfois, il est possible d'observer quelques légers mouvements convulsifs dans les muscles de la face et dans ceux des membres.

C'est là donc, le tableau de la mort par syncope; sur ce point, tout le monde est d'accord, et l'on ne confond pas les morts subites avec les morts plus ou moins rapides qui peuvent s'observer dans cette maladie.

S'il s'agissait, comme le croit Griesinger, d'une embolie ou d'une thrombose de l'artère pulmonaire, le malade présenterait des symptômes d'asphyxie que nous ne trouvons jamais dans ces cas, et, du reste, les autopsies, muettes à cet égard,

(1) Cité par Libermann in *Gaz. des hôp.*, p. 41, 1877.

d'illustrations, plus fort, plus influent, plus actif, plus sage, garantirait mieux cet honneur et cette dignité. Force était bien de le croire, et on l'a cru, et l'on s'est reposé sur le Conseil général du soin des plus chers intérêts de la profession. Tout d'un coup, on apprend que les plus estimés et les plus considérables sont atteints par les caprices de la politique, que celui-ci est révoqué de ses fonctions de médecin d'une Compagnie de chemin de fer, celui-là de ses fonctions de médecin de la prison, etc. Le motif, c'est qu'ils ont perdu la faveur du gouvernement. Et tout ému, se retournant vers la « grande Association », qui ne dit mot, on la somme de mettre ces faits en lumière et de défendre notre indépendance compromise. — *Sancta simplicitas!* »

Enfin, un autre journal de Paris, la *Tribune médicale*, trouvant excellentes les réflexions du *Progrès médical*, et les reproduisant, les assaisonne à son tour du condiment suivant :

« L'*Association* n'a pas répondu, que nous sachions, à la mise en demeure de la *Gazette médicale de Bordeaux;* à moins qu'elle n'ait accepté la réponse qu'a faite, en son lieu et place, le *Progrès;* mais ce serait se railler soi-même, et être par trop naïf.

« Et pourtant l'*Association générale* avait là une belle occasion de se montrer, dans la défense des intérêts moraux et professionnels de la confrérie médicale! Elle en attend peut-être une meilleure.

« Tout vient à point à qui sait attendre. »

Quelques lignes me suffiront, je l'espère, pour montrer à mes honorables confrères qu'ils ne se font peut-être pas une idée bien nette du rôle et des attributions des divers éléments de l'Association générale.

Le Conseil général de l'œuvre, qui est particulièrement visé dans les articles qu'on vient de

démontrent l'erreur de cette théorie; s'il s'agissait de ces embolies capillaires si bien décrites par Feltz, la mort pourrait être rapide, mais elle ne serait pas subite; le malade présenterait, pendant la vie, quelques symptômes dyspnéiques. Et, du reste, encore une fois, les auteurs n'ont pas encore constaté l'existence de ces embolies. Par conséquent, la mort ne survient pas par le poumon; elle ne survient pas davantage par le cerveau, car les autopsies ont démontré, dans tous ces cas, l'absence d'altérations encéphaliques, et, pendant la vie, on n'a signalé aucun symptôme cérébral d'une certaine importance.

Les malades meurent donc par le cœur; ils meurent par syncope, c'est là un fait acquis et que tout le monde admet.

Reste maintenant à expliquer le mécanisme de cette syncope, mécanisme à propos duquel les auteurs ne sont nullement d'accord.

Les uns, en effet, l'expliquent par une action réflexe; les autres, par les altérations musculaires du cœur; d'autres encore font jouer un grand rôle à l'anémie cérébrale et bulbaire; puis, on est arrivé à prétendre que les causes ne sont pas toujours les mêmes, et que tout le monde pourrait bien avoir raison. Sans vouloir ajouter encore aux trop nombreuses théories qui ont été émises sur ce sujet si controversé, nous pensons, pour notre part, qu'il faut *toujours* faire entrer deux facteurs dans la production de la mort subite. Mais, auparavant, examinons ces diverses théories, en les rangeant par ordre de leur date d'apparition.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le Secrétaire perpétuel signale à l'Académie une lettre imprimée de M. J. Roggers, adressée de l'Observatoire naval de Washington, le 21 août 1877, et annonçant la découverte de deux satellites de Mars. Cette lettre contient les observations de satellites, les 11, 16, 17, 18, 19 et 20 août.

M. Le Verrier, qui considère la découverte de deux satellites de Mars comme une des plus importantes observations de l'astronomie moderne, a prié M. Fizeau d'annoncer à l'Académie que MM. Paul et Prosper Henry ont pu vérifier à l'Observatoire de Paris, avec l'équatorial de 0^m,25 de diamètre, l'existence du premier de ces satellites, qui est très-faible, et qui a été rendu visible en prenant soin de cacher la planète elle-même par un écran.

---

lire, n'a aucune initiative; pas plus qu'il ne peut accorder des secours individuels, pas plus il ne peut prendre spontanément et *proprio motu* la défense d'un intérêt professionnel quelconque, s'il n'y est incité par une Société locale. Comme secours, il accorde des subventions aux Sociétés locales qui lui en font la demande, selon la mesure et les dispositions du règlement; comme assistance morale et protectrice, il examine les questions et les faits qui lui sont soumis par les Sociétés locales, il leur donne la solution qu'il croit possible, en s'aidant presque toujours des lumières de son conseil judiciaire.

Ces dispositions fort sages des statuts donnent précisément le caractère *fédératif* à l'Association, et lui enlèvent aussi toute possibilité d'une *centralisation* dont parle l'un de nos confrères et que le Conseil général s'est toujours efforcé de repousser.

S'il en eût été autrement, si le Conseil général s'était attribué ou si on lui eût attribué la spontanéité et l'initiative des actes, ah! quelles récriminations n'eût-il pas attirées sur lui! Voyez, même dans les conditions statutaires qui lui sont faites, s'il ne règne pas encore et s'il ne se traduit pas encore de temps à autre une sorte d'appréhension d'absorption de la province par Paris? N'entend-on plus aucune plainte sur la tendance à tout accorder à Paris au détriment des départements?

En résumé, le Conseil général n'agit, en toutes choses, en assistance pécuniaire comme en assistance morale, que sur la demande et sur l'invitation des Sociétés locales.

Eh bien, les honorables confrères qui ont publié les articles que je viens de reproduire, ignorent certainement que le Conseil général n'a été saisi d'aucune plainte, n'a reçu communication d'aucun fait de la nature de ceux dont a parlé la *Gazette médicale de Bordeaux*. Celui de mes collègues de la Presse qui pense que le Conseil général a reçu « sommation » et a été « mis en demeure » par cet article de la gazette bordelaise de s'occuper de cette affaire, se

Un de mes bons amis, M. D., m'écrit à ce propos : « On vient de découvrir en Amérique que Mars a deux satellites; découverte imprévue, extraordinaire, improbable; découverte qui renverse toutes les idées des savants; découverte faite ou du moins pressentie depuis longtemps. L'indication positive des deux satellites de Mars est au chapitre III de *Micromégas*, de Voltaire. J'en ai ri dans ma barbe, et j'ai envoyé une note au *Moniteur*, qui en fera ce qu'il voudra. »

Je ne sais ce que le *Moniteur* en a voulu faire ; mais je crois être agréable à ceux de mes lecteurs qui n'ont pas un *Voltaire* sous la main, ou qui n'ont pas le temps de l'ouvrir, en transcrivant pour eux le passage visé : « En sortant de Jupiter, nos deux voyageurs traversèrent un espace d'environ cent millions de lieues, et ils côtoyèrent la planète de Mars, qui, comme on sait, est cinq fois plus petite que notre petit globe ; *ils virent deux lunes qui servent à cette planète*, et qui ont échappé aux regards de nos astronomes. Je sais bien que le Père Castel écrira, et même assez plaisamment, contre l'existence de ces deux lunes, mais je m'en rapporte à ceux qui raisonnent par analogie. Ces bons philosophes-là savent combien il serait difficile que Mars, qui est si loin du soleil, se passât à moins de deux lunes, etc. »

Faut-il ne voir là qu'une plaisanterie de Voltaire sur l'analogie, et un trait décoché en passant contre le P. Castel ; — ou bien ces paroles singulièrement prophétiques nous font-elles entendre comme un écho des sérieuses recherches entreprises au château de Cirey, avec la belle et savante traductrice de Newton ?

M. J. Duplessis adresse une note sur un mode de transmission de la maladie de l'ergot.

« ... La présente note a pour objet de faire connaître un mode particulier de transmission de la maladie de l'ergot, qu'il m'a été donné d'observer cette année dans la vallée de la Loire, à Tavers (Loiret).

Un blé d'hiver, semé sur des plantes sarclées, a eu plus d'un quart de ses épis atteints de l'ergot, sur *une partie seulement* d'un champ de plusieurs hectares. Ce fait, d'un blé malade, d'une maladie commune au seigle, aurait mérité, à lui seul, une mention spéciale, bien qu'il ait déjà été signalé par M. Boitel, inspecteur de l'agriculture, qui l'a observé en effet, en 1851, dans les environs de Caen. M. Heuzé, également inspecteur général de l'agriculture, l'a aussi mentionné, en 1856, dans les environs de Mantes. Enfin, M. Baudot-Lafarge et M. Guérin-Menneville ont vu également les blés atteints de l'ergot.

Mais le point nouveau que nous voulons mettre en évidence est la présence de l'ergot sur une partie d'une récolte de blé, semée sur une plante sarclée.

Le fermier affirmait avoir semé une *semence uniforme*; il est clair que l'ergot n'aurait pas dû se trouver sur une partie du sol seulement. Or, nous venons de le dire, la récolte précédente étant une récolte sarclée, il aurait donc fallu que l'ergot provînt d'une autre récolte antérieure et qu'il eût conservé, dix-huit mois et plus, ses facultés reproductrices, ce qui peut être possible dans certaines circonstances. Mais, après renseignements pris, deux ans aupara-

---

tient évidemment en dehors des conditions d'existence et de fonctionnement du Conseil général. Et puis, de quels faits parle-t-on ? A quelles destitutions fait-on allusion ? De quelles fonctions médicales ont été révoqués les confrères dont on a parlé ? Rien de tout cela n'a été signalé au Conseil général. Sur les deux destitutions seulement dont on parle, il s'agit dans l'une d'une fonction de médecin d'une Compagnie de chemin de fer ; mais le gouvernement n'a le droit ni de nomination ni de révocation des médecins de chemin de fer. Il doit y avoir erreur au moins sur ce point.

Une circonstance me frappe. Il existe à Bordeaux une Société locale pleine de zèle et d'ardeur, et qui certainement se fût émue si les faits avaient l'importance que leur a donnée le rédacteur de la *Gazette*. A l'heure qu'il est, ou cette Société aurait déjà agi de son propre mouvement, comme elle en a le droit, ou elle aurait demandé l'avis du Conseil général. Rien de tout cela n'ayant été fait, il est sage et prudent d'attendre d'autres renseignements avant d'incriminer l'Association.

La loyauté de nos confrères les conviera certainement à reproduire ces quelques lignes.

N'est-ce pas un fait remarquable que cette tendance, on peut dire cette tentation à laquelle succombent tous les grands journaux, de parler à tort et à travers des choses de la médecine ? La mort si soudaine de M. Thiers a été pour eux une occasion irrésistible de commettre leur péché mignon. Vous avez vu avec quel ensemble ils ont fait succomber l'illustre homme d'État à une maladie que nous n'avons jamais vue ni vous ni moi, à l'apoplexie séreuse. — Il en est un, de ces journaux, qui a commis l'énorme coquille d'imprimer apoplexie *sérieuse !* Trop sérieuse, en effet ! — La vérité est que M. Thiers a succombé à un accident pathologique d'une extrême fréquence, à l'apoplexie hémorrhagique, à une véritable hémorrhagie cérébrale. Les médecins de Saint-Germain, notre savant confrère M. Barth ne s'y sont pas

vant, le champ aurait porté du trèfle incarnat et de la vesce, deux plantes sur lesquelles l'ergot n'a pas encore été observé.

Il faut donc conclure, de ces faits, que l'ergot a dû être importé sur un point du champ par un véhicule naturel. Les eaux de la Loire, ayant débordé ce printemps, ont pu transporter l'ergot des champs de seigle cultivés à plusieurs kilomètres en amont. Il y avait, en effet, l'année dernière, beaucoup de seigles atteints de cette maladie dans le sol. »

— M. Ch. Rouget adresse une note sur la terminaison des nerfs dans l'appareil électrique de la torpille.

« Depuis que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie, en octobre dernier, le complément de mes recherches sur la structure de l'appareil électrique de la torpille, deux travaux importants sur le même sujet ont été publiés, l'un par M. le professeur Boll, de Rome, l'autre par M. le professeur Ranvier. Les conclusions de ces deux mémoires sont en opposition formelle, pour ce qui concerne le mode de terminaison des nerfs, avec celles que j'ai formulées et démontrées à l'aide de photographies prises sur nature, déposées en octobre dernier dans les archives de l'Académie, et actuellement en cours de publication.

M. Boll, qui, dans un précédent travail, avait *vu, décrit* et *figuré* le réseau à mailles fermées découvert par Kölliker, affirme maintenant que les dernières divisions des nerfs électriques *se terminent toutes par des extrémités libres,* et qu'il ne saurait plus être question d'un réseau terminal, mais bien de *ramifications terminales.* M. Ranvier, qui déclare s'être mis parfaitement d'accord sur ce point avec MM. Boll et Ciaccio, n'est pourtant pas aussi absolu que M. Boll; pour lui, le plus grand nombre des ramifications ultimes se terminent par des extrémités libres renflées en forme de bourgeons, mais il existe aussi quelques anastomoses, *dont la proportion varie suivant que la préparation a été traitée par tel ou tel réactif.* Sauf cette dernière particularité, qui appartient en propre à M. Ranvier, sa manière de voir est précisément celle qu'avait exposée Ciaccio, le premier, en 1874 et 1875.

MM. Boll, Ciaccio et Ranvier s'accordent, en outre, à admettre que les extrémités nerveuses terminales libres supportent un système de pointes ou de bâtonnets, disposés en *palissades,* entrevus par Remak en 1856, décrits et figurés par Boll en 1873, sous le nom de *pünctirüng* (*pointillé*), et que MM. Ciaccio et Ranvier désignent sous le nom de *pointes* ou de *cils électriques.*

Bien que je fusse déjà, par mes précédentes recherches, en possession de preuves irréfutables de l'erreur dans laquelle sont tombés MM. Ciaccio, Ranvier et Boll, en admettant la terminaison des nerfs électriques par des extrémités libres, et niant absolument l'existence

---

trompés, et le traitement qu'ils ont institué leur était indiqué par la rapidité de la marche des accidents, par la résolution générale, la perte du mouvement et du sentiment, par un ensemble symptomatique qui a pu leur faire déterminer presque à coup sûr le siége et l'étendue de l'hémorrhagie. L'autopsie n'ayant pas été faite, on peut rester sur la réserve et ne pas imiter l'assurance de nos confrères du grand format. Remarquez, s'il vous plaît, que tous ces grands journaux se garderaient bien de parler, sans compétence, de finances, d'économie politique, de choses de la guerre, de théâtre, d'arts, etc.; non, ils ont un rédacteur spécial pour chacune de ces divisions. Mais, pour ce qui concerne la médecine, ils se donnent tous le droit d'en deviser à leur guise. Ils possèdent bien tous aussi un rédacteur scientifique, mais celui-ci n'est pas toujours médecin; s'il l'est, il a l'esprit d'être sobre de sujets médicaux, et, d'ailleurs, il est gêné quand il s'agit de contredire un collaborateur du *premier-Paris* ou de l'*entrefilet.*

Toujours est-il que tout le monde se croit apte à parler de médecine, non-seulement à en parler, mais encore à donner des conseils et à prescrire des traitements. L'anecdote très-connue attribuée à un certain duc de Florence doit être vraie; elle est du moins dans les entrailles du sujet. Son ministre lui demandait de créer une nouvelle Ecole pour multiplier le nombre des médecins. — Comment, vous n'en trouvez pas assez? Vous allez voir. Et simulant une fluxion sur la joue, s'enveloppant la face d'un mouchoir, il sort et parcourt les rues de la ville. — Qu'avez-vous? lui dit le premier passant, une fluxion? appliquez-vous tel emplâtre et vous serez guéri ce soir. — Le duc prend note du conseil. Il rencontre un second passant qui est en possession, lui dit-il, d'un remède souverain contre les fluxions, et, généreusement, il l'indique au malade, qui en prend également note. Puis, c'est un troisième passant, puis un quatrième, puis un cinquième, etc., etc., qui tous indiquent leur remède que le malade inscrit toujours sur son carnet. Il rentre au palais et fait appeler son ministre. — Vous prétendez que nous manquons de médecins à Florence, voyez donc la liste de tous ceux que j'ai rencontrés sur mon chemin.

L'histoire ne dit pas que ce duc fût de la famille des Médicis.

Dr SIMPLICE.

d'un réseau terminal à mailles fermées, j'ai entrepris, dans le courant de cet été, de nouvelles observations, en m'astreignant scrupuleusement à employer les procédés d'investigation dont ont fait usage les observateurs précités.

Je réserve pour une communication ultérieure l'exposé détaillé du résultat de ces observations, accompagné de preuves à l'appui, c'est-à-dire de photographies des préparations histologiques. Je me bornerai aujourd'hui à consigner ici les conclusions principales de mon travail. En examinant la lame nerveuse des disques électriques, par la face qui reçoit les ramifications ultimes des fibres pâles, c'est-à-dire par la face ventrale (qu'il s'agisse de préparations fraîches, sans l'intervention d'aucun réactif, ou de préparations traitées par les solutions d'azotate d'argent, de chlorure d'or, d'acide osmique en injection ou en macération, seul ou renforcé par l'imprégnation consécutive au chlorure d'or, avec ou sans macération prolongée des préparations à l'acide osmique dans les bichromates de potasse ou d'ammoniaque, avec ou sans coloration à l'hématoxyline, etc.), on observe constamment et la photographie reproduit un réseau formé par les divisions des dernières branches des fibres pâles ramifiées, *en bois de cerf*. Les apparences de terminaisons en boutons ou extrémités libres, qui peuvent se montrer çà et là dans toutes les préparations, se rattachent manifestement au réseau, dans les photographies agrandies, par des prolongements qui échappent à l'observation directe. Les solutions de continuité des mailles que l'on observe dans les préparations traitées à l'état frais par l'azotate d'argent ou le chlorure d'or ne sont pas constantes et résultent de l'action nuisible ou irrégulière du réactif.

Vus par la face ventrale de la lamelle nerveuse, les filaments qui circonscrivent les mailles sont lisses et à bords réguliers : en examinant, au contraire, la lame nerveuse complétement isolée par sa face dorsale, ces mêmes filaments présentent une surface irrégulière, hérissée de prolongements qui se montrent, dans certains cas, disposés en séries régulières sur les bords des filaments d'où ils se détachent comme les barbes d'une plume. Ces fibrilles font corps avec les filaments du réseau, elles émanent de sa substance ; ce sont des fibrilles nerveuses élémentaires, qui, parallèles les unes aux autres, se dirigent perpendiculairement au plan de la lame nerveuse, de la face ventrale vers la face dorsale, et, à ce niveau, se réunissent en arcade et constituent un dernier réseau, véritablement terminal, d'une régularité admirable, dont les mailles et les filaments ont à peine le quart des dimensions du réseau d'origine de la face ventrale (*réseau terminal de Kölliker*). L'ensemble des deux réseaux nerveux et des prolongements qui les unissent constitue une couche spongieuse réticulée, à mailles de grandeur décroissante de la face ventrale à la face dorsale, dans laquelle tous les éléments nerveux s'anastomosent en arcade et se fusionnent, sans qu'on y rencontre une seule extrémité libre. » — M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1877. — Présidence de M. Labric, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance.— Présentation d'un malade atteint d'*athétose*, par M. Proust. Discussion : MM. Ernest Besnier, Proust, Luys, Gérin-Roze. — *Cas de rhumatisme cérébral traité par les bains froids et guéri*, par M. Vallin. Discussion : MM. Dumontpallier, Vallin, Blachez, Moutard-Martin. — Discussion sur la *valeur de l'acide salicylique et du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu*, par MM. Lépine, Dumontpallier, Beaumetz, Ferrand, Ernest Besnier, Lacassagne, Desnos. — Élections.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 11 septembre.)

M. Dumontpallier : Les succès inouïs dont parle M. Lépine ont déjà été exposés par lui à la Société de biologie. Je lui répéterai aujourd'hui ce que je lui disais alors : Hâtez-vous de vous servir de ce médicament pendant qu'il guérit. N'avons-nous pas cru obtenir des effets aussi merveilleux avec d'autres médicaments? Pour ma part, j'ai cru en obtenir avec le sulfate de soude, à la dose de 45 grammes ; j'ai cru avoir guéri, par ce médicament, une série de rhumatisants ; puis, avec d'autres malades, je n'ai plus rien obtenu. Gardons-nous de l'enthousiasme. En France, nous courons vers tout ce qui est nouveau. Il serait plus conforme au caractère scientifique d'attendre, et d'expérimenter avant de nous prononcer.

M. Ferrand : J'ai fait usage non de l'acide salicylique, mais du salicylate de soude, à la dose de 2 à 4 grammes seulement, et dans des cas de rhumatisme articulaire subaigu. L'un, accompagné d'une péricardite légère, n'a pas été influencé notablement ; un autre était un cas de récidive de rhumatisme, et, en deux jours, il se fit une amélioration réelle et rapide ; mais, trois jours après, une récidive eut encore lieu, et je pus l'enrayer rapidement à l'aide du salicylate de soude.

M. Beaumetz : Je suis étonné que M. Dumontpallier nous reproche d'avoir trop d'enthousiasme pour tout ce qui est nouveau. Au point de vue de l'expérimentation des médicaments, nous sommes singulièrement en retard sur nos voisins. Il y a dix ans que l'acide salicylique est employé en Allemagne et en Angleterre, tandis que nous commençons seulement à l'expérimenter chez nous. Je l'ai administré dans des cas de rhumatisme articulaire aigu, et, chaque fois, j'ai obtenu une prompte disparition des douleurs; une guérison complète, jamais. Les doses que j'employais étaient élevées : j'ai été jusqu'à 15 grammes d'acide salicylique. Mes malades, rapidement soulagés, se sont levés trop tôt, et le rhumatisme a repris. J'ai, entre autres, un malade que je traite depuis deux mois; plusieurs fois atteint de récidives, j'ai, chaque fois, abattu rapidement les douleurs par l'emploi de l'acide salicylique. Ce médicament est sans danger; son action ne me paraît point douteuse, et je suis surpris de voir M. Dumontpallier le condamner d'avance, sans même vouloir l'expérimenter, lui que sa qualité de secrétaire général de la Société de biologie devrait entraîner dans le mouvement scientifique. Agir comme il le dit, c'est vouloir s'arrêter dans la voie du progrès.

M. E. Besnier : Je crois être un des premiers, sinon le premier, qui ait expérimenté publiquement en France l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu, et voici ce que j'ai écrit, à ce sujet, dans l'article *Rhumatisme* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (3e série, t. IV, p. 637. Paris, 1876).

« *Acide salicylique.* — Je n'ai pas manqué, avant même la publication, par Stricker, des résultats obtenus à la clinique de Traübe (*Berliner Klinische Wochenschrift,* janv., n° 1, 1876), de donner l'acide salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu, mais je dois déclarer que je ne l'ai donné qu'à petites doses, et que je puis, par conséquent, ne pas m'être placé dans des conditions d'appréciation suffisantes...... Ce ne sera assurément pas là encore une panacée antirhumatismale, mais ce peut être un agent médicamenteux important sur lequel il y a lieu d'appeler l'attention. »

Les observations, très-intéressantes je le reconnais, de M. Lépine, me prouvent que j'ai eu raison d'en appeler à l'observation ultérieure, et de ne pas condamner le médicament nouveau sans autre forme de procès. Mais je déclare, sans restriction, que je ne me sens pas convaincu, et que, jusqu'à plus ample informé, je ne vois dans l'acide salicylique qu'un médicament très-analogue au sulfate de quinine.

Je voudrais savoir si les hôpitaux de l'étranger, dans lesquels on a employé l'acide salicylique à haute dose, n'ont plus dans leurs salles aucun rhumatisant alité depuis six semaines ou deux mois. Toutes mes expérimentations, mes expériences et mes recherches, nombreuses et anciennes, m'ont amené à cette conviction que le rhumatisme est essentiellement variable dans sa réaction à l'égard des médicaments, tantôt cédant avec une égale facilité à vingt médicaments divers, tantôt résistant à tous, et, dans ces cas, ne guérissant ni mieux ni plus vite aujourd'hui que du temps de Chomel.

M. Lépine, je m'empresse de le reconnaître, a déclaré avec soin que les malades traités par lui étaient atteints de formes subaiguës, ou mieux de formes légères de rhumatisme articulaire. J'en appelle à notre savant collègue lui-même pour préciser, par la publication de ses observations, le degré exact de l'empreinte imposée par le rhumatisme aux malades qu'il a si heureusement et si rapidement guéris par le salicylate de soude.

Pour moi, jusqu'à démonstration plus précise, je considérerai ces cas de rhumatisme articulaire aigu, « guéris » en trois jours, comme des cas bénins, abortifs, que le sulfate de quinine aurait également larvés avec rapidité, c'est-à-dire débarrassés de la fluxion et de l'hyperesthésie articulaires, ce qui doit être bien distingué de la guérison proprement dite, que je n'ai jamais vue, et que je n'espère jamais voir se réaliser en trois fois vingt-quatre heures.

Enfin, je demanderai encore à mon honorable collègue s'il n'a pas rencontré de cas réfractaires, et s'il pense que le salicylate de soude soit de nature à agir aussi sur le *rhumatisme du cœur,* ce qui serait absolument un résultat magnifique.

M. Lépine : On s'accorde généralement à dire que l'acide salicylique n'a pas d'influence sensible sur les complications cardiaques du rhumatisme; on peut dire au moins qu'en abrégeant la durée de la maladie, il prévient les complications; moi-même j'ai vu, dans un des cas où l'influence du médicament a été le plus rapide et le plus nette, une congestion pulmonaire, caractérisée par d'abondants râles *crépitants,* succéder à la rétrocession des arthropathies multiples. C'est le seul cas d'ailleurs où j'aie observé quelque chose de ce genre; aussi est-il impossible d'accuser l'acide salicylique de provoquer des métastases dangereuses. En fait, il abat la fièvre, et, le *plus souvent,* fait disparaître rapidement les arthropathies. Telle est cliniquement son action.

Cela étant, j'ai peine, je l'avoue, à m'expliquer pourquoi son emploi n'est pas plus répandu parmi nous. Cela tient sans doute à ce qu'il n'a pas encore été préconisé par les personnes

dont la voix fait autorité en thérapeutique, et aussi à ce que, lors de la rédaction d'une monographie sur le rhumatisme, devenue classique dès son apparition (je n'ai pas besoin de rappeler ici que l'auteur de cette précieuse monographie n'est autre que notre savant secrétaire général), l'acide salicylique, encore à ses débuts, ne pouvait être recommandé comme il doit l'être aujourd'hui. Ainsi que tous les médecins, à cette époque, M. le docteur E. Besnier (tome IV, 3e série, p. 637) ne l'a donné qu'*à petite dose* (j'ai dit tout à l'heure que la posologie indiquée autrefois était inexacte); cela suffit pour expliquer qu'il n'ait pas alors obtenu de ces succès décisifs qui commandent l'attention d'un clinicien. Malgré les conditions défavorables de cette expérimentation, M. Besnier est d'ailleurs favorable à la nouvelle médication, et pense que « ce peut être un agent important sur lequel il y a lieu d'appeler l'attention. »

Aujourd'hui nous pouvons être plus affirmatif et déclarer, comme je le faisais en commençant, que l'acide salicylique, dans le plus grand nombre des cas, guérit le rhumatisme avec plus de rapidité qu'aucun des médicaments qui ont été jusqu'ici employés dans cette maladie.

Comme je tenais à rester sur le terrain du rhumatisme, je n'ai pas parlé de l'emploi de l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde et dans la fièvre symptomatique des phthisiques, etc. Ce n'est pas que je n'y aie eu recours; mais ç'a été, je l'avoue, sans avantage marqué. Je suis même disposé à lui refuser toute action favorable dans la dothiénentérie. Quant à la fièvre des phthisiques, il est certain qu'il la modère; mais je lui trouve, dans ce cas, des inconvénients; par exemple celui de diminuer l'appétit de ces malheureux. Enfin, prolongé un certain temps chez eux, il peut les jeter progressivement, insidieusement, dans un état de demi-collapsus très-grave. Je ne doute pas que, si l'on ne suspendait à temps le médicament, un véritable collapsus, peut-être mortel, ne puisse survenir. Chez les phthisiques, son emploi demande donc à être surveillé de très-près.

M. Dumontpallier : Après ce qu'a dit M. E. Besnier, je n'aurais plus rien à ajouter; cependant je tiens à raconter une guérison plus merveilleuse encore obtenue à l'aide du salicylate de soude. Il s'agit d'un rhumatisant plus soucieux de ses plaisirs que de sa santé, qui voulut aller passer la soirée à l'Opéra, malgré d'assez vives douleurs rhumatismales. Mais, vaincu par la souffrance, il fit appeler l'un des médecins de l'Opéra. Ce médecin lui fit prendre 5 centigrammes de salicylate de soude et il fut guéri, paraît-il, sur-le-champ. Croyez-vous véritablement que le salicylate, à cette dose, l'a guéri?

M. Lacassagne : Dernièrement, un élève du Val-de-Grâce, attaché au service de M. Sée, à l'Hôtel-Dieu, m'affirmait que tous les rhumatisants de ce service étaient traités par le salicylate de soude à la dose de 8 à 10 grammes, et guérissaient tous en trois jours. L'un des malades, paraît-il, ne guérissait point. On s'aperçut, par l'examen des urines, que le salicylate ordonné n'était point pris par le malade. On fit prendre le médicament au malade en présence des élèves : trois jours après, il était guéri! Le salicylate de soude serait donc un véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu.

M. Desnos : Moi aussi, j'ai employé, sur une assez grande échelle, l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, fébrile. Je n'ai pas cru devoir en expérimenter l'usage dans d'autres formes du rhumatisme, ou, du moins, je ne l'ai fait que très-accidentellement. Je ne parlerai donc que des résultats que j'ai obtenus dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, bien caractérisé, avec douleurs vives ou assez vives, tuméfaction, et souvent rougeur des articulations affectées, et épanchement dans les cavités synoviales.

Je dois déclarer que, dans un grand nombre de cas, dans la majorité des cas même, j'ai obtenu des résultats très-favorables, des résultats analogues à ceux qu'a observés M. Lépine. C'est-à-dire que, très-rapidement, non pas toujours dans l'espace de deux ou trois jours, mais dans celui de trois, quatre, cinq ou six jours, les douleurs articulaires diminuaient rapidement, puis cédaient complétement, en même temps que disparaissaient les autres phénomènes fluxionnaires tels que la rougeur, le gonflement, les épanchements synoviaux. Du même pas, on voyait s'abaisser des températures qui, de 39° ou 40°, tombaient à la normale et même au-dessous de la normale. Les températures relatives à ces observations ont été, dans mon service, relevées avec soin et inscrites sur des tableaux thermométriques. La constatation de cet abaissement ne préjuge en rien la nature des rapports de causalité qui peuvent unir les fluxions articulaires à l'état fébrile.

Mais, à côté de ces succès qui, pour moi, font de la médication par l'acide salicylique une médication supérieure à celles que nous avons l'habitude d'employer contre le rhumatisme articulaire aigu, je dois enregistrer un certain nombre d'insuccès relatifs ou absolus qui ne me permettent pas d'émettre sur cet agent thérapeutique une opinion aussi complétement favorable que M. Lépine. Il y a des cas réfractaires à cette médication comme aux autres, c'est-à-dire

qu'en continuant l'usage de l'acide salicylique, les malades guérissent, sans doute ; ils sont même soulagés parfois, non toujours cependant; mais ils ne guérissent qu'au bout de quinze jours, trois semaines ou un mois ; en d'autres termes, dans le laps de temps qui représente la durée moyenne du rhumatisme alors qu'il est abandonné à lui-même et traité par les simples soins hygiéniques.

Ah ! je sais bien qu'on attribuera mes échecs à l'insuffisance des doses maniées par moi, M. Lépine venant d'insister sur l'importance des doses élevées.

Je ferai cependant remarquer que les doses de 4 à 6 grammes d'acide salicylique additionné de 5 centigrammes de bicarbonate de soude par gramme, pour le rendre plus soluble, que j'employais le plus communément, sauf dans des cas légers, où 2 ou 3 grammes suffisaient pour obtenir des résultats heureux, ne s'éloignent pas de beaucoup de la dose de 8 grammes de salicylate de soude, une de celles recommandées par M. Lépine.

En effet, le salicylate de soude contenant le cinquième de son poids de soude, 8 grammes de salicylate de soude représentent environ 6 grammes d'acide salicylique.

Je dois ajouter que, lorsque l'on échoue par les doses moyennes ou même assez élevées que je viens d'indiquer, on n'a guère de chances de réussir en les élevant davantage.

J'ai, il est vrai, à la suite du traitement par l'acide salicylique, observé d'assez nombreuses rechutes qu'un certain nombre de personnes ont été tentées de rapporter à la nature de la médication elle-même. Mais, dans mon service, la question a été complexe. En effet, pour faire des expériences dégagées de toute cause d'erreur, pour qu'on ne pût pas attribuer à une médication locale la guérison de mes malades, je m'abstenais de faire envelopper les articulations affectées avec de l'ouate imbibée de liniments narcotiques, comme j'ai l'habitude de le faire lorsque j'ai recours à d'autres méthodes de traitement. Dans ces conditions, mes malades traités par l'acide salicylique, surpris et heureux d'une guérison si facile, ne croyant pas à la gravité d'une maladie si rapidement disparue, n'étant pas gênés, d'ailleurs, par un enveloppement à la ouate dont, dans les circonstances ordinaires, je prolonge longtemps l'application, se levaient prématurément, sans mon autorisation, pendant un temps souvent assez long, se refroidissaient même. Or, il est d'expérience qu'en dehors même des refroidissements, la fatigue, par le fait du séjour intempestif ou trop prolongé hors du lit, est une des principales causes de rechutes dans le rhumatisme aigu; ce qu'explique, d'ailleurs, l'état des articulations. Toutefois, je reconnais que les rechutes peuvent tenir pour une part à la cessation trop brusque de l'acide salicylique, qui s'élimine rapidement de l'organisme; et, depuis que j'ai pris la précaution d'en maintenir pendant plus longtemps l'administration à doses décroissantes, en même temps que je surveillais plus sévèrement mes malades au point de vue d'un séjour prématuré hors du lit, j'ai observé moins de rechutes.

Relativement aux complications cardiaques, il est certain qu'en diminuant la durée de l'attaque de rhumatisme, on diminue indirectement les chances de production d'endo-péricardites. Mais, en dehors de cette circonstance, il m'a paru que les malades traités par l'acide salicylique n'étaient ni plus ni moins que les autres exposés aux accidents du côté du cœur.

M. Moutard-Martin : Je regrette qu'on ait un peu mis de côté la question de M. Vallin. Pour ma part, je me déclare partisan des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral. Mais, s'il y a des succès, il existe aussi des insuccès dont je voudrais bien qu'on tienne compte; c'est ainsi que j'ai soigné, avec M. Hérard, une jeune fille atteinte de rhumatisme cérébral; guérie par les bains froids de ses accidents cérébraux, elle fut prise d'une pneumonie qui l'emporta.

Dernièrement j'ai été appelé, avec MM. Gallard et Landrieux, près d'une jeune femme atteinte aussi de rhumatisme cérébral; sa température était à 42°; son pouls à 160 ; on la croyait, et on devait, en effet, la considérer comme perdue. J'ai insisté auprès de mes confrères pour la traiter par les bains froids; on lui en fit prendre une série de cinq à six par jour pendant huit jours, et elle guérit. Trois semaines après survint une nouvelle attaque de rhumatisme cérébral qui céda aux mêmes moyens. Enfin, elle fut reprise une troisième fois avec des complications péricardiques et pulmonaires. Ces accidents m'inspirent aujourd'hui, ceux des poumons surtout, la plus vive inquiétude.

Je crois donc devoir admettre l'efficacité des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral; mais je pense qu'il faut tenir compte des accidents qui peuvent survenir par le fait ou à la suite de ce traitement.

— MM. Legroux, Rendu et Gouraud sont élus, à l'unanimité, membres titulaires de la Société.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

Congrès médical international de Genève

Impressions par un Genevois

Le cinquième Congrès des sciences médicales vient de s'ouvrir à Genève et doit durer huit jours entiers. C'est, pour une ville de 50,000 âmes, un honneur bien appréciable que de recevoir de tels hôtes, en succédant à Paris, Berlin, Florence, Bruxelles, où cette solennité européenne a siégé les années précédentes. Aussi, Genève n'y est pas insensible. Mais, peu de gens l'ignorent, Genève n'est plus cette petite ville, berceau de Jean-Jacques Rousseau, dont les portes se fermaient à la nuit tombante, afin que l'honnête horloger pût dormir en paix contre les agressions du perfide Savoyard; ce n'est plus la petite forteresse que le sombre génie de Calvin avait ceinte d'excellents remparts, devenus ruineux avec le temps, et d'où il espérait exclure à tout jamais le génie novateur, le luxe, Satan et ses œuvres. Hélas! les novateurs, le luxe et Satan, tout cela a pénétré dans l'enceinte, sous la forme visible, sous l'incarnation d'un puissant génie, qui a bouleversé la petite République.

Les lecteurs de ce journal ont dû entendre parler de M. James Fazy; c'est à lui, on peut le dire, que la transformation est due, mais, comme il était lui-même issu de la presse française, on peut dire que c'est à l'influence française qu'est dû le rapide développement qu'a pris la reine du Léman.

On pourrait croire, en lisant la phrase qui précède, que l'orateur attitré de la démocratie genevoise, que le destructeur de ces vieilles murailles vermoulues, a passé de vie à trépas. Heureusement, il n'en est rien; l'ancien dictateur jouit d'une verdeur étonnante, et de toutes ses facultés; mais il fort âgé, il est oublié, les républiques sont ingrates. De plus, il est pauvre, et ce sera son meilleur éloge; il a manié les finances de Genève, tous les emprunts (elle en a fait pour 20 millions sous son règne) ont passé par ses mains, et James Fazy ne possède qu'une petite gentilhommière, son héritage paternel. Cela fait taire mainte critique.

Donc, la ville s'est pavoisée pour faire honneur à MM. les docteurs, accourus de tous côtés à son appel. De tous côtés n'est pas trop exact, car on a pu constater avec surprise, en parcourant la liste imprimée des assistants, que l'élément germanique y manque à peu près complétement. Est-ce un mot d'ordre? Nous l'ignorons. Même la Suisse allemande, composant les deux tiers du pays, est totalement absente. Pourquoi? Serait-ce jalousie de la fondation récente de l'Université de Genève? Jalousie de l'héritage Brunswick? Tout cela est possible, mais ce ne serait ni digne, ni confédéral, ni avouable. On est venu à Genève depuis la Suède, la Belgique, l'Italie, même d'Angleterre, mais surtout de France... on n'y vient pas de Berne ni de Zurich. Étrange! Enfin, comme disent les bonnes gens, chacun son idée.

Mais cette idée-là n'est pas bonne, et je n'en veux pour preuve que l'excellente organisation du Congrès genevois, et que les dispositions aimables et gracieuses prises pour bien recevoir leurs hôtes, et par la ville, et par les sommités médicales, et par les autorités fédérales. Des subventions libérales de ces divers pouvoirs ont rendu facile tout ce qui était désirable, et il n'y a pas de doute que ces hôtes d'un jour quitteront le chef-lieu très-satisfaits des égards qu'ils y ont trouvés, et fort empressés d'y revenir à l'occasion.

Aussi, qu'y a-t-il de plus attrayant que cette petite ville si gracieusement étalée sur le rivage d'un lac d'azur et sur les bords d'un fleuve puissant qui en sort! Partout de belles promenades parfaitement décorées et entretenues avec des soins savants; partout de nobles édifices dont l'architecture se conforme admirablement à leur destination; et les particuliers rivalisent entre eux à qui fera les plus belles maisons et s'y installera le plus confortablement. Plus de 100 millions ont été mis en bâtisses depuis une vingtaine d'années, et l'âge d'or des maçons n'est pas passé, car on en voit encore à l'œuvre presque en tous lieux. Les vieux quartiers, avec leurs ruelles noires et puantes, font triste figure quand on y pénètre en quittant les quartiers neufs, où tout est lumière, bon ordre, salubrité et ornement.

Mais patience, on a déjà échenillé maint bouge, taudis, impasse et cul-de-sac, ceux qui restent y passeront tous, chacun à son tour, on ne peut pas tout faire à la fois; car, si mauvais que soient ces trous à rats, il faut les acheter pour les détruire, et les propriétaires y tiennent énormément. Il y a ici de petits Haussmann tout prêts à faire merveille; de plus, on espère de nouveaux Brunswick, et l'on assure que le Consistoire vient de publier un mandement pour demander au ciel d'en susciter un au premier jour; même on assure qu'il y a eu conflit avec certains ministres de village, qui ont refusé de le lire en chaire, trouvant que cela excédait leur mandat, et qu'ils ne devaient s'occuper d'autres *testaments* que ceux généralement connus sous les titres de *vieux* et *nouveau*.

Vous voyez, chers lecteurs, qu'il y a de mauvaises têtes parmi le clergé genevois; car, enfin, quel mal est-ce que cela leur faisait de prier Dieu de rappeler à lui un bon millionnaire, léguant son magot, dont il n'a plus que faire, à une ville qui en a un pressant besoin? B.

FORMULAIRE

LOTIONS CONTRE LE PRURIT. — DELIOUX.

Borate de soude	8 grammes.
Eau distillée	100 —

Faites dissoudre.
Ou bien :

Borate de soude	10 grammes.
Glycérine	20 —
Eau distillée	80 —

Faites dissoudre. — Cette solution est conseillée contre le prurit, les éphélides, le pityriasis et autres manifestations herpétiques. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 15 Septembre 1833.

Sur la demande de l'Académie de médecine, Louis-Philippe confère à ses membres le droit de porter, dans les cérémonies publiques, un costume spécial : habit noir à la française avec broderies violettes, chapeau demi-claque, épée à poignée d'or. De plus, chaque académicien reçoit du gouvernement une médaille qui doit lui donner entrée dans tous les établissements publics. — A. Ch.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers d'Académie : M. le docteur Hecquet ; — M. le docteur L. Duchenne, médecin principal des écoles et asiles du 6e arrondissement de Paris ; — M. le docteur Pedebidou, délégué cantonal, maire de Tournay (Hautes-Pyrénées) ; — M. le docteur Thivet, médecin de l'École normale de Chaumont (Haute-Marne).

— Sont nommés officiers de l'instruction publique : M. Ozanne, médecin du lycée de Versailles ; — M. Nicolle, médecin adjoint du lycée de Rouen.

Lycée de Mont-de-Marsan. — M. le docteur Darrasse est nommé médecin adjoint au lycée de Mont-de-Marsan (emploi nouveau).

Les hommes gras en Amérique. — Avec leur esprit éminemment pratique, les Américains, dit la *France*, savent tirer parti de tout. Est-il rien de plus désagréable généralement que d'être obèse ? Pourquoi perdre notre temps à nous désoler ? se sont dit les malheureux affligés de cette infirmité. Mieux vaut prendre gaiement la chose. Aussitôt, ils décidèrent de se réunir en Congrès ou plutôt d'organiser un concours d'hommes gras. Cette institution cocasse remonte déjà à plusieurs années, et tous ses membres s'en trouvent à merveille. Le festin annuel de l'Association a eu lieu dernièrement à Gregorey's Point, dans l'État de Connecticut.

Il n'y avait qu'un plat, le « clambake » traditionnel ; mais il était copieux, un vrai plat de résistance, dont 115 boisseaux d'huîtres, 500 livres de homard, 15 barils de pommes de terre sucrées, autant de pommes de terre communes, 300 livres de poissons assortis, 10 barils de maïs et 50 douzaines de poulets avaient fourni les éléments.

Pendant que ces comestibles savoureux, recouverts d'une couche épaisse d'herbes marines, mijotaient lentement sur les pierres chauffées, un incident inattendu est venu réjouir les cœurs des Hommes Gras. Le steamer *Joséphine* est arrivé, amenant un renfort considérable des plus obèses citoyens de New-York. Après les poignées de mains et les réflexions obligées sur la chaleur, on a procédé à l'importante opération du pesage. Une ovation méritée a été faite à un jeune homme, Willard Perkins, qui n'a pas encore 25 ans, et qui ne pèse pas moins de 399 livres ! Vers la quarantaine, il promet d'arriver à un poids qui sera l'honneur éternel de l'Association. Cinq seulement des membres présents pesaient plus de 300 livres. M. Roy, de New-Brunswick, a fait pencher la balance à 329. Parmi les invités étrangers à l'Association, mais dignes d'en faire partie, on mentionne le colonel Rowlan, de Londres (Angleterre), qui pèse 289 livres, et M. Covert, du *News*, de New-York, qui en pèse 288.

La dernière huître absorbée, on a élu les officiers de l'Association pour l'année prochaine. M. Murphy (309 livres) a été réélu président ; M. Maples, de l'*Hour*, de Norwalk (214 livres), est secrétaire et trésorier. Les quinze vice-présidents représentent un poids total de 3,450 livres.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

HELMINTHOLOGIE

SUR LES TÉNIAS, LES ÉCHINOCOQUES ET LES BOTHRIOCÉPHALES DE L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 13 octobre et du 3 novembre 1876 (1),

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE,
Membre de l'Académie de médecine,
Agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

II. — DES TÉNIAS INERME ET ARMÉ A L'ÉTAT DE LARVE, OU CYSTICERQUES DU PORC ET DU BOEUF LADRES.

§ I. Cysticerque du porc (Cysticercus cellulosæ).

D'où proviennent les deux espèces de *Ténia* que nous observons dans les hôpitaux et la ville? Cette question est élucidée depuis quelques années pour le Ténia armé, et elle vient de l'être pour le Ténia inerme.

Le *Ténia armé nous est fourni ou occasionné par le Cysticerque du porc*, animal chez lequel il constitue l'état de *ladrerie* (2).

Quand on trouve chez le porc, vers la base de la langue et de chaque côté du frein de cet organe, des élevures opalines, demi-transparentes, globuleuses, ovoïdes, soulevant la muqueuse, et faisant saillie sous le doigt, on peut affirmer que le porc est ladre, c'est-à-dire qu'il porte des Cysticerques vésiculeux, pouvant donner naissance au Ténia armé ou *Tænia solium*. Ces vésicules ladriques, se trouvant sous la langue du porc, ou encore sous la conjonctive, sont pathognomoniques, et il en existe sûrement d'autres entre les fibres musculaires de l'animal. Le siége de prédilection des Cysticerques est dans la langue, le cou, les épaules, le cœur, dans les muscles intercostaux, les psoas, les masses musculaires de la cuisse, celles de la région vertébrale postérieure, etc.

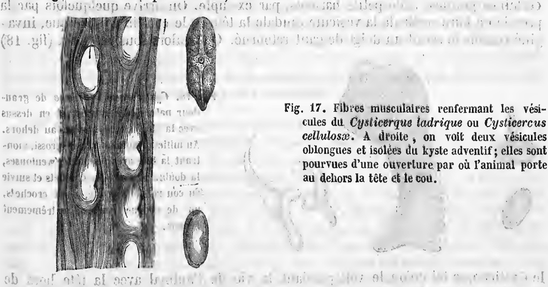


Fig. 17. Fibres musculaires renfermant les vésicules du *Cysticerque ladrique* ou *Cysticercus cellulosæ*. A droite, on voit deux vésicules oblongues et isolées du kyste adventif; elles sont pourvues d'une ouverture par où l'animal porte au dehors la tête et le cou.

La figure 17 montre la disposition des vésicules allongées du Cysticerque. On voit entre les fibrilles des corps ovales, longs de 10 à 15 millimètres, dans leur plus grand diamètre, larges de 5 ou 6 millimètres environ, et constitués par une poche d'apparence séreuse, ellipsoïde, remplie de liquide, et dans laquelle on aperçoit par transparence le parasite renfermé à l'intérieur. L'animal invaginé n'est autre que le Cysticerque ladrique, qu'on a appelé encore Cysticerque de la cellulo-

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 13 septembre.

(2) A. Delpech. *De la ladrerie du porc, au point de vue de l'hygiène privée et publique.* Paris, 1864. — Article LADRERIE, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. I, p. 95 et suiv., avec bibliographie, 1868.

sité (*Cysticercus cellulosæ* Rudolphi), remarqué depuis l'antiquité dans l'épaisseur des masses musculaires, sous l'apparence de grains blanchâtres (χάλαζαι, des Grecs; *grandines*, grêlons, des Latins).

Les Cysticerques ont une double enveloppe : l'une extérieure, kyste adventif et indépendant; l'autre, qui est l'animal à l'état vésiculaire, replié ou invaginé, c'est-à-dire rentré, ou renversé sur lui-même. Les enveloppes présentent une ouverture, une sorte de hile ou de pertuis entouré d'un cercle blanchâtre, par où sort l'animal quand il projette au dehors sa tête et son cou (fig. 18), sous forme d'un très-petit tubercule blanc.

Les masses musculaires du porc ladre, sectionnées, coupées, et renfermant un grand nombre de Cysticerques, offrent sur la tranche des séries de loges ou d'alvéoles de Cysticerque, tantôt déchirées, tantôt pleines de liquide. Quand les parasites sont altérés ou morts, la vésicule se déforme, le pertuis s'oblitère, les crochets du rostre se détachent; mais, avec de l'attention, on reconnaît encore les parties caractéristiques de l'animal. Davaine a décrit et représenté ces modifications (1). Le tissu conjonctif profond offre aussi, à la face externe des muscles, les vésicules ladriques; on peut les voir sous la plèvre, par transparence, attachées aux muscles intercostaux, et dans le cœur, sous le feuillet viscéral du péricarde. Il est tout à fait exceptionnel de trouver des Cysticerques dans les muscles du porc, sans qu'il en existe sous la langue. La graisse n'offre pas de Cysticerques, quoi qu'on en ai dit; dans le tissu graisseux, où passent des fibres de muscles peauciers, les vers vésiculaires sont attachés aux fibrilles de ces muscles.

Les fibres musculaires et leur tissu conjonctif surajouté sont donc le lieu d'élection des Cysticerques ladriques; plus rarement les Cysticerques se trouvent dans le tissu lamineux ou cellulaire des organes, sous la conjonctive, dans le larynx, dans les plis de la muqueuse anale, dans le foie, la rate, les poumons, le cerveau et ses enveloppppes, dans les replis du péritoine, à la face profonde du périoste, dans la chambre antérieure de l'œil et dans le corps vitré.

Les vésicules ladriques variant de volume, comme je l'ai dit, ressemblent assez à certaines graines, à de petits haricots, par exemple. On arrive quelquefois par la pression à faire sortir de la vésicule caudale la tête et le cou du Cysticerque, invaginé comme le serait un doigt de gant retourné. On a alors sous les yeux (fig. 18)

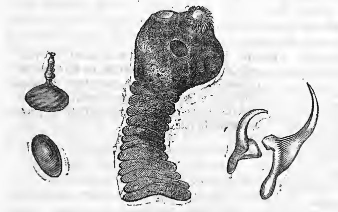


Fig. 18. ***Cysticerque ladrique*** **de grandeur naturelle à gauche, et en dessus avec la tête et le cou sortis au dehors. Au milieu, l'animal est très-grossi, montrant la tête avec les quatre ventouses, la double couronne de crochets et suivie du cou ridé. A droite, deux crochets, un de chaque rangée, extrêmement grossis.**

le Cysticerque tel qu'on le voit pendant la vie de l'animal avec la tête hors de la vésicule. Cette tête, petite, presque carrée, ou tétragone avec les angles arrondis, offre quatre ventouses, une partie avancée, ou proboscide, placée au milieu et pourvue d'une double couronne de crochets disposés sur deux rangs serrés. Au-dessous est un cou plissé. Le tissu est parsemé de corpuscules calcaires (fig. 18).

La ressemblance frappante du Cysticerque ladrique avec celle du Ténia armé ou *Tænia solium*, avait été notée par les premiers observateurs de ces animaux. Pallas regardait les vers vésiculaires comme un état anormal des Ténias, dont ils ont les

(1) C. Davaine. *Traité des entozoaires*, etc. Synopsis, p. XXII, fig. 12, 1860.

crochets et les ventouses, et dont ils ne différaient, suivant lui, que parce qu'une ampoule y prenait la place des anneaux. Dujardin pensait que les Cysticerques étaient des Ténias égarés, placés loin de leur habitat ordinaire. Il était réservé aux observateurs modernes d'apporter la lumière sur la transformation des Ténias, qui intéresse le médecin encore plus que le naturaliste.

Ce qui n'était qu'une induction et une hypothèse probable est devenu un fait rigoureusement démontré par l'expérimentation.

Van Beneden a donné, le premier, des anneaux de *Tænia solium* à un porc qui, après quatre mois et demi, fut trouvé littéralement farci de Cysticerques.

Küchenmeister (de Zittau), a fait prendre, en 1835, à une femme condamnée à la peine capitale pour assassinat, et quatre-vingts heures avant l'exécution, soixante-trois Cysticerques ladriques. L'autopsie ayant été pratiquée quarante-huit heures après la mort, quatre Ténias ayant de 4 à 8 millimètres de longueur furent trouvés dans le duodénum et six autres petits Ténias dans l'eau qui avait lavé les intestins.

Leuckart administra dans du lait tiède, à un jeune homme, au commencement du mois d'août, quatre Cysticerques ladriques bien développés et débarrassés de leur ampoule. Le 25 octobre, il constata dans les garde-robes les premiers proglottis ou cucurbitins; le 26 novembre, le jeune homme rendit deux Ténias armés, longs de 2m,50 environ. Le porc ladre, dont les Cysticerques avaient produit le Ténia armé, avait lui-même été rendu ladre par des cucurbitins de *Tænia solium* ou armé. Gervais et van Beneden, ayant donné le 31 octobre des anneaux mûrs de *Tænia solium* à un cochon, trouvèrent des Cysticerques dans les chairs de cet animal le 15 mars suivant.

Küchenmeister et Haubner, les 7, 24 et 26 juin 1854, donnèrent à trois cochons de lait des anneaux de *Tænia solium* expulsés les uns spontanément, les autres artificiellement. L'un des cochons fut tué le 26 juillet, et l'on trouva dans ses chairs de jeunes Cysticerques à un état varié de développement, qui correspondait aux époques différentes d'introduction des cucurbitins ou proglottis. Le second fut tué le 9 août, et l'on constata chez lui l'existence de milliers de Cysticerques, disséminés dans toutes les parties du corps à un état variable, mais plus avancé que dans le premier. Chez le troisième cochonnet, sacrifié le 23 août, un grand nombre de Cysticerques avaient atteint leur entière croissance, tandis que d'autres étaient moins âgés. Un quatrième cochon de la même portée, qui n'avait pas ingéré d'œufs de Ténia, ne présenta aucune trace de Cysticerque.

Il est donc démontré que le Cysticerque du porc ladre donne à l'homme le *Tænia solium* ou armé, et que les cucurbitins, proglottis, ou anneaux mûrs de ce dernier, produisent la ladrerie du porc. La filiation du Cysticerque ladrique et du Ténia armé est évidente. Le porc, en engloutissant les cucurbitins de Ténia, au milieu des matières fécales déposées au dehors dans la campagne, arrive à être farci de Cysticerques, et de plus, comme les porcs avalent les excréments les uns des autres, les œufs ingérés par un premier animal, et qui n'ont pas eu le temps de se développer dans son intestin, sont repris par un autre porc. C'est encore en buvant dans les mares, où les cucurbitins et surtout les œufs de Ténia ont été entraînés par la pluie, que les porcs contractent la ladrerie; la résistance des œufs, protégés par une coque épaisse, est considérable, et leur développement peut avoir lieu au bout d'un temps fort long.

On comprend facilement comment le Cysticerque du porc ladre arrivé dans l'intestin de l'homme y devient Ténia, par gemmation des anneaux derrière la tête ou scolex; mais comment le Cysticerque parvient-il dans les masses musculaires du porc en sortant de l'œuf du Ténia? Les recherches de Davaine sur le *Tænia proglottina* de la poule (1) lui ont montré que, lorsque l'embryon est sorti de sa coque, cet embryon, muni de six crochets ou hexacanthe, perfore la paroi intestinale. La

(1) C. Davaine. *Traité des entozoaires*, etc., Synopsis, p. x, et fig. 4 et 7, et pages XXXIX et XL, 1860.

manœuvre de l'embryon consiste à réunir en pointe les crochets comme un éperon et à les pousser en avant, puis à les écarter en arrière pour élargir la voie. En répétant cette manœuvre, l'embryon pénètre de la sorte dans un vaisseau sanguin et il est emporté dans le torrent circulatoire; de là cette dissémination dans le cœur, le foie, le cerveau, les masses musculaires, etc. Le petit embryon subit-il là une métamorphose pour devenir Cysticerque? Cela est très-probable, et je reprendrai cette question en traitant des Échinocoques.

§ II. Cysticerque du bœuf (Cysticercus inermis).

Le Ténia inerme provient d'un Cysticerque comme son congénère le Ténia armé, et le Cysticerque qui le produit est celui du bœuf, ou du veau ladre (Cysticercus inermis).

On avait longtemps confondu les deux Ténias de l'homme, T. inerme et armé, sous le nom de *Tænia solium;* Küchenmeister, le premier, décrivit le Ténia inerme sous le nom bizarre et hétéroclite de *Tænia mediocanellata*, que je repousse formellement (1). De plus, on savait que la viande crue du bœuf pouvait donner le Ténia, et des expériences ultérieures ont démontré la réalité de ces conjectures en montrant la filiation du Ténia inerme.

Leuckart, le 13 novembre 1861, administra à un veau de quatre semaines un fragment de strobile, long de 4 pieds, d'un *Tænia inermis*. Huit jours plus tard, il en donna un autre fragment plus court. L'animal mourut vingt-sept jours après la première ingestion. L'autopsie montra que les muscles du cou, de la poitrine et les psoas étaient farcis de kystes longs de 2 à 4 millimètres et larges de 1 millimètre 1/2. Ces kystes étaient blanchâtres comme s'ils avaient été remplis d'une matière crayeuse. Ils contenaient une vésicule claire qui était un jeune Cysticerque. Le cœur, la capsule des reins, les ganglions lymphatiques, renfermaient aussi des Cysticerques.

Un petit veau, auquel Leuckart fit prendre une trentaine d'anneaux de Ténia inerme, devint malade vers la troisième semaine, puis il se rétablit. On lui enleva, le quarante-huitième jour après l'ingestion, une portion du muscle sterno-mastoïdien, et celle-ci renfermait une douzaine de vésicules kystiques : les Cysticerques renfermés dans les kystes avaient une tête munie de quatre grandes ventouses, sans crochets.

Mossler, Spencer Cobbold et Simonds ont fait des expériences semblables. Quand les animaux ont été abattus plus d'un an après, les muscles offraient des points jaunâtres avec des dépôts calcaires, constituant des traces d'anciens kystes. Saint-Cyr a montré que le Ténia inerme développe chez le veau les Cysticerques (2) qui donnent à l'homme cette espèce de Ténia. Cauvet a observé, à Constantine, dans le diaphragme d'un bœuf, un Cysticerque dont la tête était garnie de quatre ventouses et dépourvue de crochets; Jules Arnould avait antérieurement observé le Cysticerque du Ténia inerme, dans la viande d'un filet de bœuf, et pareillement à Constantine (3). Masse et Pourquier ont fait avaler des Cucurbitins de Ténia inerme à divers animaux : agneaux, chiens, lapins et veaux, le 16 mai 1876; deux mois après, tous ces animaux ont été sacrifiés; la nécroscopie a démontré qu'un seul animal était devenu ladre, c'était le veau, tandis que le mouton, le chien et le lapin n'offraient pas de Cysticerques (4). J'ai entrepris avec le savant directeur de

(1) Ce Ténia, pour lequel je propose le nom de *Tænia inermis*, ou *T. inerme*, sera toujours reconnu par l'absence des crochets du scolex et les autres caractères que j'ai indiqués, tandis que la qualification de *mediocanellata* ne répond à aucune configuration du ver.

(2) Saint-Cyr. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 25 août 1873.

(3) Cauvet. *Gazette médicale de Paris*, p. 412, 1874. — J. Arnould. *Gazette médicale de Paris*, p. 425, 1874. — Léon Colin. *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2e série, t. XIII, p. 176, 1876.

(4) Masse et Pourquier. *Montpellier médical*, p. 220, 1876, et *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, 2e série, t. XIII, p. 199 et suiv., 1876.

l'École d'Alfort, M. Raynal, des recherches analogues pour préciser les caractères du Cysticerque du bœuf produisant le Ténia inerme (1).

Le porc n'a pas le privilége de devenir seul ladre par l'ingestion des œufs du *Tænia solium* ou Ténia armé, et il y a des exemples incontestables de ladrerie humaine par le même Cysticerque ou Cysticerque ladrique. Davaine, Kœberlé, Lancereaux, Boyron (2), ont réuni les observations de ces faits. Pour les expliquer, il faut nécessairement admettre l'ingestion directe des œufs de *Tænia solium* ou Ténia armé, soit en buvant l'eau d'une mare ou d'un endroit infecté ; ou bien la présence d'un anneau ou cucurbitin remonté, puis dirigé dans l'estomac; ou enfin d'un Ténia fenêtré dont les œufs devenus libres dans l'intestin auront pu s'y développer, et dont les embryons auront perforé les membranes intestinales.

L'homme peut donc être ladre par le Cysticerque ladrique et ceux-ci ont été vus en grand nombre ; dans les muscles, sous la peau, souvent même dans les humeurs de l'œil ou sous la conjonctive, dans les viscères, à la surface du cerveau (3), etc., parfois coexistant avec un Ténia (4). Mais l'homme n'est pas seulement *ladre par le Cysticerque du porc*, il l'est encore malheureusement par une autre larve de Ténia, constituant la *ladrerie par l'Echinocoque.*

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Le bœuf renferme deux Cysticerques produisant des Ténias différents. Le *Cysticercus tenuicollis* de Rudolphi, se développe en *Tænia marginata* Rudolphi. Le Cysticerque du *Tænia inermis* est différent, dépourvu de crochets, et doit porter le nom de *Cysticercus inermis.* Enfin, on trouve dans l'intestin du bœuf le *Tænia denticulata* de Rudolphi, à l'état strobilaire.

(2) Kœberlé. *Des Cysticerques de Tænia chez l'homme*, Paris, 1861. — E. Lancereaux. *Note sur la ladrerie chez l'homme* (*Archives générales de médecine*, p. 543, novembre 1872, et *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. Ier, 2e partie, p. 719 et fig., 1876). — Joseph Boyron. *Étude sur la ladrerie chez l'homme, comparée à cette affection chez le porc,* thèse de Paris, 1876.

(3) Boyron. *Loc. cit.*; observation III (Delore et Bonhomme), observation IV (Leudet), observation V (Sevestre), observation VIII (Fredet), observations IX et X. — Becoulet et Giraud. *Note sur le Cysticerque du cerveau* (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1872).

(4) P. Broca. *Ladrerie chez un homme* (Société de chirurgie, 23 février 1876, et thèse de Boyron, p. 25 et 29, 1876).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 27 juin 1877. — Présidence de M. Rougon.

Sommaire. — Correspondance. — Du placement des aliénés. — Rapports de candidatures. — Pneumonie à forme intermittente.

La correspondance manuscrite oomprend une lettre de M. le docteur Romiée, de Liége, qui demande le titre de membre correspondant et envoie à l'appui de sa candidature les mémoires suivants : 1° *Du catarrhe du sac lacrymal et de ses complications ;* 2° *Quelques remarques sur l'étiologie de la cataracte;* 3° *Quelques considérations sur les tumeurs intra-oculaires, cas de mélano-sarcome de la choroïde.*

La correspondance imprimée comprend : *La clinique thermo-minérale de Néris,* hommage de M. de Ranse ; — 2° Dix numéros de la *Tribune médicale*, hommage de M. Gimelle ; — 3° Un *Traité des inflammations des organes génito-urinaires*, hommage de M. Mercier. — 4° *Annales des maladies des oreilles et du larynx ;* — 5° La *Revue médicale de Toulouse,* avril et mai 1877; — 6° *Bulletin médical du Nord,* mars et avril 1877 ; — 7° *L'Art médical de Bruxelles,* mai 1877 ; — 8° *Revue critique de médecine et de chirurgie ;* — 9° *Considérations physiologiques et thérapeutiques, avec description d'un appareil pour l'emploi méthodique des atmosphères artificiellement suroxydées ou surazotées,* par M. le docteur Tamin-Despalles, médecin consultant à Contrexéville.

—

Du placement volontaire des aliénés.

M. Rougon : Suivant les indications présentées par M. le docteur Collineau, dans notre der-

nière séance, à propos du placement des aliénés dans les asiles publics du département de la Seine, je me suis rendu, il y a quelques jours, chez le commissaire de police d'un des quartiers de Paris, à l'effet d'obtenir le placement d'une aliénée indigente, sans passage préalable par le Dépôt de la préfecture de police, passage que je considérais comme pouvant être très-préjudiciable à son état. Le mari de cette femme m'accompagnait, porteur d'une demande, et je sollicitais l'application des nouvelles mesures votées par le Conseil général de la Seine. Il me fut répondu qu'on ignorait entièrement cette nouvelle décision; au Bureau des aliénés, à la préfecture de police, même réponse, et cette malade dut suivre l'ancienne voie : le placement par le Dépôt de la préfecture de police. Plus tard, à la préfecture de la Seine, Bureau des aliénés, après bien des démarches, et la plus grande insistance, je parvins à obtenir connaissance de la circulaire rédigée à ce sujet.

Il en résulte que celui qui réclame l'admission doit adresser une demande écrite à M. le préfet, avec certificat de médecin, certificat d'indigence ou, s'il y a lieu, constatation d'identité, du temps de domicile, etc., etc. Cette demande peut être transmise à M. le préfet par M. le maire de l'arrondissement; et on attend la réponse; mais, jusqu'à ce jour, aucune communication n'avait été faite aux mairies ni à MM. les commissaires de police. Ces derniers ne peuvent donc fournir aucun renseignement. M. Rougon porte ces faits à la connaissance des membres de la Société, afin qu'ils ne soient point étonnés du résultat négatif de leur demande de renseignements, s'ils avaient à en faire. Il signale, de plus, l'avantage de ces placements volontaires. Les non payants aliénés ainsi placés sont dirigés et maintenus dans les asiles du département de la Seine, alors que, par le placement de la préfecture de police, les aliénés sont dirigés sur tout asile existant dans les autres départements.

—

Rapports de candidature.

M. Mourlon : Messieurs, M. Guerder vous a adressé, à l'appui d'une demande d'admission dans la Société médico-pratique, deux brochures dont vous m'avez chargé de rendre compte. Ces brochures ont pour titres :

1° *De la degénérescence amyloïde;*

2° *Recherches sur les causes de la mort déterminée par les suppurations de l'oreille.*

Je les examinerai dans l'ordre de leur apparition, et je commencerai par celle qui traite de la dégénérescence amyloïde. C'est la thèse inaugurale de notre confrère, et vous allez voir qu'il a débuté par un coup de maître.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE.

On avait remarqué depuis longtemps que, chez certains malades épuisés par la tuberculose, la cachexie palustre, les suppurations osseuses, différents viscères, surtout le foie, la rate, les reins, présentaient des altérations profondes qui leur donnaient une physionomie toute particulière; ces organes étaient envahis par un produit morbide ressemblant à du lard ou à de la cire; d'où le nom de dégénérescence lardacée ou cireuse que lui a donné l'École de Vienne. Virchow, étudiant cet état pathologique, en a déterminé l'élément spécial (corpuscule à couches concentriques, comme celui de l'amidon), lui a assigné un siége bien défini (la paroi des petites artères, au moins à son début), et a indiqué une réaction chimique qui permet de le reconnaître dès qu'il apparaît dans l'économie. Il lui a donné le nom de dégérescence amyloïde. Ce sont ces découvertes que M. Guerder a voulu faire connaître en France.

Dans une introduction de quelques lignes, il déclare qu'il veut écrire la relation des faits acquis à la science sur une maladie spéciale, la dégénérescence amyloïde, décrite vaguement sous divers noms par plusieurs auteurs, mais à laquelle les récents travaux de Virchow ont donné une importance nouvelle.

Faisant l'historique de la question, il montre Virchow découvrant, en 1853, d'abord l'existence dans le corps humain, à l'état physiologique, d'une substance de nature végétale, ayant les réactions de la cellulose, puis, quelques jours après, signalant cette même substance à l'état pathologique dans une rate profondément altérée. Rokitansky la trouva dans le nerf optique; Kölliker dans les ganglions de Gasser. L'identité de la substance pathologique avec la substance physiologique paraissant établie, le professeur de Berlin lui donna le nom d'amyloïde.

Stahl, Bordeu, Portal, Boerhaave, l'avaient sans doute rencontrée dans ces formes morbides qu'ils ont fait connaître sous les noms d'infarctus, d'obstructions, d'engorgements viscéraux. Elle n'avait pas échappé à Andral lorsqu'il parlait des hypertrophies en général; ni à ceux qui ont appelé l'attention sur l'altération lardacée, colloïde; ni à ceux qui ont reconnu la fréquence des gonflements du foie, des hydropisies à la suite des suppurations prolongées des os; ni à M. Tourdes, qui avait remarqué la maladie de Bright dans les mêmes circonstances; ni à Rokitansky, quand il décrivait une altération spéciale du rein, distincte de la néphrite, coïnci-

dant avec les maladies des os. Tous avaient soupçonné la dégénérescence amyloïde; mais Virchow a le mérite incontestable de l'avoir démontrée nettement, sans confusion possible. Friederich (1859) fit ressortir la *nature albuminoïde* de cette dégénérescence, s'appuyant sur les analyses des chimistes Kekule et Carl Schmidt, qui témoignent de l'existence de l'azote dans sa composition élémentaire. Toutefois, ces analyses ne parurent pas assez concluantes, et les recherches continuèrent au point de vue théorique, physiologique, et au point de vue clinique.

Au moment où M. Guerder écrit, la question reste très-obscure, et cette obscurité vient, selon lui, de la confusion que l'on a conservée longtemps entre une substance physiologique et un produit pathologique. Il croit que les granules d'amidon trouvés dans la prostate par Paulisky, dans le poumon par Claude Bernard, dans d'autres tissus par Rouget, et la substance amyloïde, ne sont pas un. *Celle-ci n'a qu'une ressemblance éloignée avec la cellulose.*

Ses *caractères physiques* sont : une coloration blanche ou d'un gris jaunâtre, une coupe nette, pâle, exsangue, luisante, opaline, une cassure légèrement grenue; c'est bien l'aspect du lard ou de la cire.

On la reconnaît en la traitant par la teinture d'iode, qui lui fait prendre une teinte *rouge*, puis, en ajoutant de l'acide sulfurique, qui fait passer la couleur au *bleu* ou au *violet. Elle est insoluble dans l'alcool et l'éther,* ce qui la distingue des graisses proprement dites. Elle diffère de la *cholestérine, qui ne réagit pas sous l'iode seul;* de l'*amidon végétal, qui bleuit très-sensiblement par l'iode.*

Au microscope, elle offre des grains généralement arrondis ou ovoïdes, quelquefois en fuseau, à couches concentriques, comme l'amidon; *mais elle s'en éloigne, parce qu'elle n'a souvent pas de structure apparente, surtout quand elle forme des masses considérables.*

Elle envahit le plus ordinairement le foie, la rate, les reins, la muqueuse intestinale; *mais on la rencontre aussi dans les ganglions lymphatiques, le poumon, les muscles, le cœur, l'utérus;* ce qui fait dire à notre confrère que, probablement, on la trouverait dans tous les organes en cherchant bien, *car elle n'est pas la conséquence de l'état pathologique de tel ou tel tissu, mais le résultat d'une profonde déchéance vitale.*

Avec Virchow, il admet qu'*elle commence toujours par se développer dans la tunique musculaire des petites artères,* contrairement à l'opinion de Wagner, qui pense qu'elle débute par la couche épithéliale. Les fibres-cellules deviennent opaques, et sont bientôt transformées en un bloc brillant de substance amyloïde.

Quelle est sa nature? Quelle est son origine? Ces questions n'étaient pas résolues. Virchow croyait à une métastase, à un dépôt dans divers organes de cette substance provenant d'un seul point malade. M. Guerder n'accepte pas cette théorie, que trop de faits démentent. Il l'attribue à l'état cachectique prononcé qui la précède, état qui influence fâcheusement la nutrition élémentaire. Voilà pour son origine. Quant à sa nature, *il croit qu'elle est plutôt protéique qu'hydrocarbonée.*

Étiologie. — La tuberculose, les suppurations prolongées des os, la syphilis constitutionnelle, la cachexie paludéenne, sont les états qui l'engendrent presque toujours.

Symptomatologie. — La symptomatologie est obscure. On peut la soupçonner dans le foie, *quand l'augmentation de volume de ce viscère est survenue sans douleur chez un sujet cachectique.* Généralement, *il n'y a ni ictère, ni ascite;* s'il y a une ascite légère, elle a été précédée d'une infiltration des membres inférieurs.

Quelquefois, on observe en même temps un gonflement de la rate, une diarrhée incoercible, de l'albuminurie; on est, alors, autorisé à admettre que la dégénérescence existe dans la rate, la muqueuse intestinale ou les reins.

Pronostic. — Sauf certains cas de syphilis, la dégénérescence amyloïde annonce presque toujours une mort prochaine.

Quant au traitement, elle ne comporte pas d'indications spéciales; il faut combattre l'état cachectique dans lequel se trouvent les malades.

M. Guerder, aux observations des Allemands, en a ajouté sept recueillies à l'hôpital de Strasbourg, cinq dans la Clinique des enfants et deux dans la Clinique des adultes. Chez les enfants, des caries ou tuberculisations osseuses avaient produit le marasme; la dégénérescence amyloïde occupait la rate, les reins ou le foie. Les adultes offraient des exemples de dégénérescence amyloïde du système nerveux succédant à des maladies chroniques.

Si vous vous reportez aux descriptions classiques les plus récentes, vous reconnaîtrez, avec votre rapporteur, que le temps a ratifié les solutions proposées par notre confrère sur les obscurités de la question. Ce premier travail a une valeur qu'on trouve rarement dans les thèses inaugurales; deux ans s'étaient à peine écoulés depuis la traduction de la théorie cellulaire de Virchow, que M. Guerder ne craignait pas de se prononcer sur les points contestés, et l'avenir devait lui donner raison.

Le premier en France (1863), M. Guerder a abordé l'étude de la dégénérescence amyloïde ; il en a bien tracé l'histoire, se prononçant sur les côtés douteux avec la réserve du jeune homme, mais aussi avec l'assurance du médecin qui a bien vu, qui est sûr de son jugement. Peut-être méritait-il de figurer dans les articles bibliographiques du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de la *Pathologie* de Tardieu et celle de M. Jaccoud, où j'ai eu le regret de ne lire que des noms allemands.

RECHERCHES SUR LES CAUSES DE LA MORT DÉTERMINÉE PAR LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE.

Un grand nombre de malades atteints d'otorrhée chronique refusent tous soins ou hésitent à se confier au médecin, parce que, disent-ils, cet écoulement est un émonctoire naturel qui les préserve d'autres maladies. Certains médecins ne s'en préoccupent guère, ou même recommandent de les respecter. C'est pour combattre cette erreur, qui a des conséquences déplorables, que M. Guerder a entrepris les recherches qui font l'objet de son second mémoire.

Réunissant 70 observations tirées de sa pratique personnelle, ou publiées dans des recueils scientifiques, il est arrivé, par une analyse minutieuse, à établir que les complications redoutables de l'otorrhée dépendent :

1° De l'intensité même de l'inflammation de l'oreille (exceptionnellement) ;

2° De la propagation directe de l'inflammation chronique à tout le rocher ;

3° De la propagation du pus à travers l'oreille interne, sans carie, et même sans perforation du tympan ;

4° De la propagation du pus à travers la fissure où s'insère le muscle interne du marteau ;

5° De l'inflammation de voisinage des sinus latéraux ou pétreux ;

6° De la carie et de la perforation de la voûte de la caisse du tympan, ou d'une des parois antérieure, inférieure, postérieure de la caisse ;

7° De la dilatation de la caisse par atrophie et perforation du rocher.

Dans tous les cas, le processus inflammatoire s'étend de l'oreille à la cavité crânienne ou aux vaisseaux ; les malades sont emportés par des accidents de méningite, des hémorrhagies, des thromboses des sinus et des embolies pulmonaires. Chacune de ces divisions repose sur des faits précis, et est accompagnée de la preuve matérielle constatée à l'autopsie.

Jetez un coup d'œil sur la région anatomique, et vous serez convaincus de l'exactitude de tout ce qu'il avance. En effet, la paroi inférieure de la caisse du tympan est en rapport direct avec le golfe de la veine jugulaire ; elle est très-mince, disposée en gouttière, au-dessous du bord du tympan ; elle est percée de trous destinés à des nerfs et à des vaisseaux, entre autres au rameau de Jacobson et à l'artère tympanique ; sa déclivité favorise le séjour du pus, par conséquent le ramollissement de la muqueuse et la carie.

La paroi supérieure ou crânienne est très-mince, souvent elle n'a qu'un millimètre d'épaisseur ; elle déborde le tympan en dehors, circonstance qui met en rapport direct le conduit auditif externe et la caisse, et par celle-ci la cavité crânienne. C'est par cette paroi que l'os s'altère le plus fréquemment, et que l'inflammation gagne les méninges et le cerveau, qu'elle siége d'abord dans le conduit auditif externe ou dans l'oreille moyenne.

La paroi interne est constituée par une lamelle osseuse extrêmement mince qui protége le facial contenu dans l'aqueduc de Fallope ; elle présente la fenêtre ronde, la fenêtre ovale, qui ferment le vestibule et le limaçon. La destruction de ces dernières ouvre au pus un libre passage vers l'intérieur du crâne sans que les os soient cariés.

La paroi antérieure est très-étroite, reçoit l'embouchure de la trompe d'Eustache et la fissure de Glaser. La paroi interne de la trompe est en même temps celle du canal carotidien ; sa nécrose peut être cause d'ulcérations de la carotide, et surtout d'abcès de l'articulation temporo-maxillaire et de la région parotidienne.

Ces faits bien établis, M. Guerder se demande quelle doit être la conduite du médecin pour les prévenir dans le cas d'otite simple ou d'otite compliquée.

Dans l'otite simple, la rétention du pus dans l'oreille moyenne et la douleur causée par la résistance du tympan sont conjurées par la perforation de cette membrane. Cette petite opération n'a que des avantages ; les souffrances se dissipent dès que l'étranglement est levé ; la plaie se ferme promptement, tandis que, pour la perforation spontanée, la guérison est exceptionnelle.

Lorsque l'otite est ancienne et que la muqueuse se couvre de granulations, il ne faut pas oublier que celles-ci sont l'origine des polypes. Ces petites tumeurs entretiennent l'inflammation, s'opposent à la sortie du pus et ont les inconvénients les plus désastreux. Il faut les enlever le plus tôt possible.

L'apophyse mastoïde s'enflamme-t-elle ? On doit redouter l'extension du mal, en raison du voisinage du cervelet et du sinus latéral. Toutefois, les choses ne se passent pas de la même

manière quand le mal procède du conduit auditif ou de la caisse. Dans le premier cas, c'est une périostite qui se résout dès qu'on incise l'abcès jusqu'à l'os. Si les cellules mastoïdiennes sont prises, il faut intervenir sitôt qu'il y a un gonflement œdémateux de la région accompagné de douleurs vives. On incise en arrière du sillon de la conque pour éviter l'artère auriculaire postérieure, puis on entame l'os avec un poinçon, une gouge ou une petite couronne de trépan. Les cellules se vident, en même temps la caisse, et le soulagement est immédiat.

Les travaux de M. Guerder méritaient certainement mieux que cette appréciation sommaire, mais je crois en avoir assez dit pour vous engager à les lire et vous prouver qu'ils sont l'œuvre d'un judicieux observateur, d'un médecin instruit, digne à tous égards de la faveur qu'il sollicite. M. Guerder est, en outre, lauréat de l'Académie de médecine qui lui a décerné, en 1870, un prix de mille francs, pour un travail très-remarquable sur les maladies du cervelet.

C'est donc un confrère très-digne, vous le voyez, de mériter vos suffrages, et je vous prie de vouloir bien lui décerner le titre de membre correspondant de la Société.

A la suite de ce rapport, le scrutin est ouvert sur la candidature de M. le docteur Guerder, qui est élu membre correspondant.

—

M. Collineau lit, au nom d'une commission composée de MM. Girault, Reliquet et Collineau, un rapport sur la candidature de M. le docteur Edouard Fournié qui a envoyé, à l'appui de sa demande au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *Essai de psychologie, l'homme et la bête.*

Ce travail, à cause de son importance, sera ultérieurement publié.

Les conclusions de ce rapport, favorables à la candidature de M. Ed. Fournié, sont mises aux voix et adoptées. M. le docteur Fournié est élu membre titulaire de la Société.

—

M. Donadieu : A l'appui de sa candidature, M. le docteur Bouloumié, médecin consultant à Vittel, a fait hommage à la Société d'un certain nombre de brochures que vous avez confiées à l'examen d'une commission composée de MM. Rougon, Trèves et Donadieu, rapporteur.

Celle qui a pour titre : *De l'albuminurie et de son traitement hydriatique*, a particulièrement attiré mon attention. Je vais essayer de vous rendre compte de ce travail, une des dernières publications de notre confrère et peut-être la plus importante.

M. Beni-Barde, dans une communication à la Société d'hydrologie sur le traitement de l'albuminurie par l'hydrothérapie, avait établi qu'il existait des albuminuries essentielles; M. Bouloumié a été amené à soutenir la thèse contraire. S'appuyant sur les données les plus récentes de la science histologique et aussi sur ses propres recherches, il a essayé de démontrer que la glande rénale est lésée toutes les fois qu'il y a albuminurie. C'est aller plus loin en localisation que ne l'ont fait tous les auteurs qui, jusqu'à ce jour, ont traité cette question. Les théories invoquées, les assertions fournies, sont-elles aussi concluantes que semble le dire M. Bouloumié ? Vous allez en juger avec moi.

Dans un premier chapitre, l'auteur s'occupe de la physiologie de la sécrétion urinaire. Après avoir énuméré les diverses théories connues sur le rôle de chaque élément constitutif du rein, il se déclare partisan de celle du professeur Küss, son ancien maître à l'École de Strasbourg, qu'il formule ainsi : « Le glomérule de Malpighi sépare du sang tout le sérum, et l'épithélium des canalicules se charge de reprendre l'albumine. »

Passant ensuite à la physiologie de l'albuminurie, il examine la classification généralement admise : 1° albuminurie par néphrite ; 2° par congestion ou hypérémie ; 3° dyscrasique ; 4° d'origine nerveuse. Il passe en revue ces diverses espèces et il arrive à rattacher les trois dernières à un premier degré de la néphrite.

L'augmentation de pression dans les vaisseaux du rein amène l'albuminurie, mais ce n'est qu'à la longue que ce phénomène se produit, et le trouble de la circulation est toujours accompagné de traces matérielles : lésion épithéliale des canalicules dans le dépôt urinaire examiné au microscope. Cet épithélium altéré ne résorbe plus, comme à l'état normal, l'albumine qui a transsudé avec le sérum, d'où albuminurie. Toutefois, le dépouillement épithélial ne suffit pas à provoquer l'albuminurie. Il faut qu'il y ait hypérémie rénale assez forte pour amener la désorganisation immédiate des éléments cellulaires. Deux conditions sont donc indispensables pour que l'albuminurie apparaisse dans l'urine : la congestion et la lésion rénale.

Ainsi, si l'anasarque survient chez un individu sous une influence quelconque, le froid, par exemple, il se fait une hypérémie rénale telle que les épithéliums canaliculaires se trouvent altérés dans leur nutrition, leur structure et leur fonctionnement ; si, dès le début de l'albu-

minurie ainsi produite, nous examinons le dépôt, nous pouvons ne pas retrouver de cylindres et de cellules rénales au début, mais bientôt ces témoins irrécusables apparaissent. Ils peuvent même ne se montrer, dans certains cas, que lorsque l'albumine a déjà disparu de l'urine, car, de même que les épithéliums altérés primitivement dans leur fonctionnement par l'hypérémie ne se détachent pas dès que survient celle-ci, de même ils ne reviennent pas dans tous les cas immédiatement à leur état normal dès qu'elle disparaît.

L'influence des altérations du sang dans l'albuminurie n'est pas constatée, mais si l'altération du sang est le point de départ, la cause immédiate réside dans l'altération, la desquammation, la fonte des cellules, des canalicules consécutives à la lésion de nutrition qu'entraîne la composition anormale du liquide exsudé des vaisseaux du glomérule.

Les albuminuries toxiques, que provoquent le plomb, le phosphore, l'antimoine, l'arsenic, sont le résultat de l'altération du sang combinée à celle de l'épithélium canaliculaire et à la congestion rénale. — Même explication pour les albuminuries cachectiques et celles par troubles circulatoires, etc.

Un dernier paragraphe descriptif est consacré aux néphrites. Ici M. Bouloumié marche sur un terrain plus connu et plus sûr, anatomiquement et pathologiquement parlant. Les néphrites proprement dites ont, comme on sait, été divisées en néphrite parenchymateuse et néphrite interstitielle, la première dite superficielle ou légère quand elle occupe les tubes droits, profonde quand elle occupe la partie contournée des tubes; la seconde, désignée aussi sous le nom de cirrhose, occupant le substratum connectif de la glande.

La néphrite parenchymateuse profonde ou grave siége dans la capsule, les glomérules et les canalicules tortueux. Elle présente, dans son évolution, quatre périodes : la première, dite d'hypérémie, s'accompagne de desquammations épithéliales; la deuxième, dite hyperplasique, présente la dégénérescence granuleuse des cellules épithéliales, des canalicules tortueux, de la substance corticale ; la troisième, dite régressive, s'accompagne de transformation graisseuse, par stéatose ou dégénérescence, partielle d'abord, puis générale; la quatrième, dite de collapsus, offre une atrophie de l'organe, le plus souvent partielle.

L'examen histologique de l'urine vient confirmer le diagnostic de chacune de ces périodes. Tout est à lire dans cette description, mais cela me mènerait trop loin.

Pour M. Bouloumié, la néphrite interstitielle est souvent d'origine goutteuse, mais elle reconnaît aussi pour cause la syphilis, l'alcoolisme, l'intoxication saturnine, des lésions locales, quelquefois des lésions éloignées, et le rétrécissement mitral principalement.

M. Bouloumié se livre enfin à de longues considérations sur le traitement de l'albuminurie, et, sans nier les bons effets de l'hydrothérapie chez quelques albuminuriques, il dit qu'il faut, avant de faire choix d'un traitement, considérer : 1° la lésion anatomique, la lésion fonctionnelle, les symptômes et les complications; 2° la maladie résultant de l'association de ces éléments morbides ; 3° le malade, dont la santé est plus ou moins altérée par la maladie et dont la vie est plus ou moins en danger.

Un certain nombre de malades atteints de cette affection ont été traités par lui à Vittel avec succès. L'eau de la Grande-Source, administrée à l'intérieur, a modifié l'état général et surtout a agi sur les fonctions en dégorgeant la glande rénale, c'est-à-dire en faisant disparaître la congestion. C'est dans la néphrite parenchymateuse chronique surtout (période congestive) qu'on arrive à un résultat avantageux. Quant à la néphrite interstitielle, il n'y a rien à obtenir des diurétique tels que l'eau de Vittel et d'Evian. Peut-être les eaux arsenicales ou encore les eaux chloro-iodo-bromurées réussiraient-elles comme agents résolutifs du substratum connectif de la glande. Mais en traitant la goutte à Vittel, on peut prévenir la néphrite interstitielle.

En résumé, Messieurs, le travail de M. Bouloumié est une œuvre sérieuse qui dénote chez son auteur de grandes qualités d'observation et d'expérimentation. En outre, M. Bouloumié est très-honorablement connu parmi nous. Il fait déjà partie de la Société de médecine de Paris, de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, de la Société d'hydrologie, etc., et les annales de toutes ces Sociétés contiennent de nombreuses et savantes communications de ce confrère. La Société n'aura donc qu'à se louer de compter dans ses rangs un homme aussi distingué et aussi actif. Au nom de la commission, je vous propose la nomination de M. Bouloumié comme membre titulaire de la Société médico-pratique de Paris.

Le scrutin est ouvert sur la candidature de M. le docteur Bouloumié, qui est élu membre titulaire.

A propos du rapport précédent, M. Reliquet fait remarquer que toutes les formes d'albuminuries par congestions rénales ne comportent pas l'usage des eaux de Vittel. Il y a une espèce de néphrite peu connue à Paris et plus commune dans les pays chauds et marécageux, consécutive à l'intoxication palustre, caractérisée par une desquamation épithéliale constante

et par la présence d'une petite quantité d'albumine. Quand on envoie ces malades à Vittel ou à Contrexéville, on s'expose à aggraver leur état en provoquant des congestions rénales. Dans ces cas-là, M. Reliquet se trouve très-bien de l'hydrothérapie. A l'appui de cette manière de voir, il cite l'observation d'un médecin militaire qui se croyait atteint de la pierre; il était porteur d'un rétrécissement qui fut opéré. Il en résulta quatre mois de parfaite santé, et le malade retourna en Algérie. Mais bientôt il dut quitter l'Afrique et revenir à Paris : il souffrait à ce moment de douleurs très-vives dans les reins, les urines présentaient à l'analyse une desquamation épithéliale et une assez forte quantité d'albumine. Après plusieurs consultations de médecins différents, et malgré les conseils de M. Reliquet, le malade voulut aller à Contrexéville. Il en revint au bout de dix jours, avec une aggravation notable dans son état. Confié aux soins de M. Tartivel, il fut guéri de son albuminurie par l'hydrothérapie, en quelques jours.

—

M. Ed. Michel, au nom d'une commission composée de MM. Rougon, Labarraque père et Michel, lit le rapport suivant :

Messieurs, M. le docteur Thorens a envoyé, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, sa thèse inaugurale, intitulée : *Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital*. C'est de ce travail que je vais tâcher de vous donner une idée, en vous affirmant dès maintenant qu'il se distingue à la fois par les qualités scientifiques les plus sérieuses, par la netteté de l'exposition et par une rare élégance de la forme.

M. le docteur Thorens se propose d'établir d'abord : l'anatomie pathologique du pied-bot varus congénital, de rechercher les lésions qui appartiennent en propre à ce vice de conformation dès la naissance et celles qui sont consécutives à l'usage que l'individu a fait d'un membre difforme. Il a été amené, dans sa remarquable étude, à rechercher, en premier lieu, quels sont les changements que produisent, dans la configuration normale des os du pied, les progrès de la croissance et de l'ossification. Il a constaté que la forme de ces os, surtout de ceux qui constituent la rangée postérieure du tarse, astragale et calcanéum, varient notablement avec l'âge. Leur ossification débute du sixième au septième mois de la vie fœtale, par un point situé au niveau de l'axe fictif des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne et progresse, dans la partie de ces os située en avant de cet axe, d'une manière beaucoup plus rapide que dans celle qui est située en arrière.

Ces progrès de l'ossification s'accompagnent de modifications dans la configuration extérieure de l'os et dans la disposition des surfaces articulaires, notamment de celles des articulations calcanéo-astragaliennes. Pour l'astragale, ces changements consistent principalement en un amincissement relatif de la base du col et en un allongement portant surtout sur son bord interne et inférieur; il en résulte une sorte de torsion du col amenant une inclinaison plus prononcée en bas et en dedans de la facette scaphoïdienne.

Pour le calcanéum, les progrès de la croissance se traduisent par le développement de la tubérosité, l'augmentation en hauteur de la face interne et de la saillie de la petite apophyse; par suite de ce développement en hauteur, plus prononcé dans la partie interne et postérieure de cet os, la facette calcanéenne postérieure, qui, au moment de la naissance, représente deux versants de même étendue, regardant l'un en dedans, l'autre en dehors, arrive, vers l'âge de 8 ans, à regarder presque tout entière en dehors, un bord seul regardant encore en dedans. Quant à la facette calcanéenne antérieure, elle est, à la naissance, inclinée en dedans et située à un niveau inférieur à celui de la facette postérieure; à 8 ans elle s'est relevée et regarde en avant. Ces changements dans la conformation osseuse expliquent les changements de direction normaux de la plante du pied arrivant avec l'âge. A la naissance, le pied est dans l'adduction, la plante regarde en dedans. Il prend, avec l'âge, la forme définitive, par le développement plus prononcé en hauteur de la partie interne de son squelette, et par l'espèce de torsion qui se produit dans celle des articulations sous-astragaliennes.

Ces données d'anatomie normale établies, M Thorens passe en revue 81 observations de pied-bot varus congénital chez le nouveau-né et chez l'adulte. Ces observations ont été recueillies, pour la plupart, dans les ouvrages français, anglais ou allemands, mais l'auteur nous décrit en outre trois pièces qu'il a pu recueillir dans les hôpitaux de Paris et toutes celles qui se trouvent au Musée Dupuytren.

La lésion osseuse constante est une déviation en bas et en dedans du col de l'astragale, avec renversement et incurvation du calcanéum. La configuration de l'articulation sous-astragalienne est surtout modifiée : une surface fortement concave d'avant en arrière, et oblique de haut en bas et de dehors en dedans, résultant de la flexion de l'astragale et continuée en dehors par deux facettes formées aux dépens de la malléole externe et du bord inférieur de la face postérieure du tibia, emboîte une surface convexe d'avant en arrière, oblique en bas

et en dedans, formée aux dépens de la face interne du calcanéum devenue supérieure et de sa face supérieure devenue antérieure. Cette articulation est complétée en dedans par celle que présente le scaphoïde enclavé entre la face externe du col de l'astragale devenue facette articulaire et le sommet de la malléole externe. Cette altération dans la forme et le rapport des os détermine l'adduction de l'avant-pied, l'élévation du bord interne avec renversement de la plante en dedans et l'extension de l'arrière-pied avec élévation du talon.

Ces lésions existent chez le nouveau-né; mais, chez l'individu qui a marché, il y a en outre subluxation en dedans du cuboïde sur le calcanéum, subluxation en bas du cinquième et parfois du quatrième métatarsien sur le cuboïde.

Du côté de la jambe le péroné est grêle, incurvé contre le tibia; ce dernier est tordu dans sa moitié inférieure et la malléole interne portée en avant.

Les ligaments présentent une conformation en rapport avec celle des os; ceux de la partie postérieure et interne sont surtout serrés et résistants.

Les lésions des muscles sont très-variables : dans un grand nombre de cas ils sont parfaitement sains; d'autres fois ils sont le siége d'une dégénérescence graisseuse ou granulo-graisseuse plus ou moins complète, et cela surtout chez les adultes. Mais, dans aucun cas, il n'a été constaté de dégénérescence fibreuse. Quant à l'espèce de muscles atteints parfois, ils le sont tous; dans d'autres cas quelques-uns seulement présentent des modifications histologiques, et ce sont tantôt les fléchisseurs, tantôt au contraire les extenseurs. Il n'y a donc, de ce côté, aucune règle constante, et l'on peut, en présence de ce résultat, n'attribuer aucune influence à la contraction musculaire comme cause primordiale de la difformité.

Le système vasculaire et le système nerveux périphériques ne présentent que des anomalies insignifiantes.

Le système nerveux central n'a été que rarement étudié, et ses lésions ne sont que peu ou plutôt pas décrites. Dans un seul cas, qui appartient à M. Michaud, on a trouvé deux foyers de myélite scléreuse dans la portion dorsale. Étant données ces différentes lésions, à quelles causes peut-on rapporter le pied-bot varus congénital?

Trois théories sont en présence : Hippocrate, déjà, croyait cette difformité produite par une compression anormale que subissait le fœtus dans le sein maternel; plus récemment, dans un rapport à l'Académie de médecine, Cruveilher appuyait cette théorie de sa haute autorité. Cette cause semble agir évidemment dans certains cas où l'on a vu soit des brides amniotiques, soit un cordon ombilical, vicieusement enroulé, maintenir la difformité. Dans une des observations citées par M. Thorens (V°) et recueillie par M. Budin, les côtes présentent une déformation ne pouvant être expliquée par aucun vice de conformation des organes internes, mais semblant se rapporter exactement à la forme du pied gauche varus qui s'appliquait très-exactement à la courbure des côtes. Dans plusieurs cas, la petite quantité de liquide amniotique a été mise en relief. Ajoutons que Walkmann a insisté sur la présence de traces évidentes de compression : atrophie du derme, épiderme calleux, etc., sur les pieds des nouveau-nés atteints de pied-bot.

Mais cette théorie, toute vraie qu'elle paraisse dans certains cas, ne peut être généralisée. Le pied-bot existe déjà comme tel chez des fœtus de 3 à 4 mois, à une période où l'utérus ne peut pas exercer une grande compression sur son contenu.

Une autre théorie attribue le pied-bot à un effet de la rétraction musculaire, consécutive à une lésion du système nerveux. C'est la théorie de Duverney, de Béclard, de Rudolphy, que M. Jules Guérin a reprise et a fait sienne par l'ardeur qu'il a mise à la défendre. Il est vrai que le pied-bot coïncide souvent avec des lésions graves, congénitales du système nerveux, mais cette coïncidence n'est pas constante, elle n'est même pas des plus fréquentes. Si le pied-bot est de règle chez les acéphaliens, s'il est fréquent chez les anencéphaliens et les dérencéphaliens, si on rencontre des enfants atteints à la fois d'encéphalocèle ou de spina-bifida et de pied-bot, il est plus fréquent encore de trouver des pieds-bots exempts de toute lésion du système nerveux. On peut donc accorder que cette cause n'a qu'une importance très-minime.

Quant au rôle des muscles comme agents producteurs de la difformité, il reste encore à le démontrer. La contracture musculaire aboutissant à la transformation fibreuse, qu'avait décrite M. Jules Guérin, n'existe pas. Le cas de M. Michaud, où les muscles avaient conservé leur structure normale, comme il est de règle dans les contractures consécutives à des lésions nerveuses centrales, reste seul actuellement à parler en faveur de l'existence du pied-bot congénital spasmodique. Existe-t-il un pied-bot congénital paralytique? Dans divers cas les muscles de la jambe ont été trouvés dégénérés, mais, comme l'auteur nous l'a fait voir, cette dégénérescence a frappé tantôt les muscles qui, par augmentation de leur énergie, produiraient la difformité, tantôt ceux qui s'y opposeraient. L'altération musculaire semble donc être une complication de la difformité bien plutôt qu'elle ne peut jouer le rôle de cause.

Reste la troisième théorie, celle de la malformation primitive, en faveur de laquelle nous trouvons, comme premier argument, l'hérédité. M. Thorens est amené à adopter cette théorie par exclusion. Il relate, d'ailleurs, d'autres arguments : 1° l'existence, constatée par M. Robin, du pied-bot chez un fœtus de 3 mois 1/2, à un âge où l'influence du système nerveux et musculaire ne peut être invoquée ; 2° l'absence de certains os du tarse qui complique, quelquefois, le pied-bot, absence que ne peut expliquer aucune autre théorie.

Le dernier chapitre de la thèse de M. Thorens est consacré au traitement. Après avoir passé rapidement sur les manipulations thérapeutiques auxquelles, seules, M. Dally rapporte un cas de succès, M. Thorens étudie la ténotomie, en fait l'historique et établit le manuel opératoire pour les sections du tendon d'Achille, des jambiers, du long fléchisseur commun de l'aponévrose plantaire. Il examine ensuite les principaux appareils employés dans le traitement du pied-bot et arrive à formuler le traitement à suivre.

Et d'abord, à quel âge faut-il entreprendre le traitement du pied-bot congénital ? Certains orthopédistes, des plus expérimentés du reste, V. Duval et Little, veulent qu'on attende la fin de la première année ; ils comptent sur l'influence de la station debout et de la marche, qui, transmettant au pied le poids du corps, contribuent puissamment à maintenir la réduction. M. Thorens est de l'avis, au contraire, de ceux qui demandent qu'on entreprenne le traitement dès la naissance ; c'était la pratique suivie par son maître Giraldès, et il la défend par des considérations anatomiques. A la naissance, l'ossification a envahi le col de l'astragale et la partie moyenne du calcanéum, celle précisément qui correspond à l'angle d'incurvation de cet os. En agissant à ce moment, on peut espérer obtenir un redressement, ou, tout au moins, une flexion en sens inverse.

Jusqu'à quel âge peut-on attendre une guérison ? L'anatomie répond encore à cette question : à 8 ans, les os du tarse sont conformés comme chez l'adulte ; à 5 ans, leur ossification peut être regardée comme presque complète. Par conséquent, en intervenant avant 5 ans on peut encore espérer bénéficier d'une partie du développement de l'os, qui se fera dans une direction normale ; de 5 à 8 ans les chances iront toujours en diminuant ; à partir de 8 ans nous serons à peu près dans les mêmes conditions à tous les âges, sauf les rigidités ligamenteuses qui vont en augmentant.

Quant au procédé opératoire, M. Thorens le formule de la façon suivante : Dans les cas légers, c'est-à-dire quand on peut réduire la difformité avec la main, les bandages et les appareils appropriés suffisent. Dans les cas moyens, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est qu'en partie réduite par la main, que le pied n'est pas enroulé ou qu'on le déroule facilement sans rencontrer de résistance, mais que la déviation de la plante persiste, ainsi que l'élévation du talon, c'est à la section sous-cutanée du tendon d'Achille qu'il faut avoir recours.

Quand la difformité est très-prononcée, qu'on ne peut dérouler le pied avec la main, on fera la section de l'aponévrose plantaire, au moins chez l'adulte, et des tendons des jambiers antérieurs et postérieurs ; le déroulement une fois obtenu de cette façon, on coupera le tendon d'Achille.

Quant à l'appareil à appliquer, c'est aux chirurgiens à le choisir suivant le degré de la difformité et les conditions du malade. Mais ce qu'il faut absolument, c'est faire durer le traitement pendant un temps qui, pour ne pas être fixé exactement, n'en est pas moins toujours fort prolongé. Ce n'est qu'à cette condition, qui exige de la patience et de la persévérance chez le malade et chez le chirurgien, que seront vraies les paroles d'Hippocrate : « Le pied-bot de naissance est curable dans la plupart des cas, à moins que la déviation ne soit très-considérable ou que les enfants ne soient déjà grands. » Le meilleur est donc de traiter, le plus tôt possible, cette affection, avant que les muscles de la jambe ne soient par trop atrophiés.

Quel est, du reste, le résultat obtenu par les traitements, et sur quelle guérison peut-on compter ? M. Thorens regarde comme guéri un individu qui peut porter une chaussure ordinaire et marcher facilement sans boiter. Ce résultat s'obtient souvent, disent les orthopédistes, mais il ne se produirait jamais, si l'on en croit Malgaigne et M. Bouvier, qu'une amélioration incomplète. M. Thorens n'a pu recueillir à ce sujet que des données incomplètes et vagues, vu l'absence regrettable de matériaux et d'autopsie de pieds-bots réduits antérieurement. D'après deux autopsies publiées par M. Bouvier et Adams, d'après une communication faite à l'auteur par M. Valentin Duval, il semble que l'on n'obtienne qu'une réduction incomplète, accompagnée, il est vrai, de subluxations compensatrices et d'une augmentation de mobilité du scaphoïde et du cuboïde sur l'astragale et le calcanéum, ensemble de conditions qui masqueraient la difformité sans la corriger.

Je regrette, Messieurs, que le temps ne m'ait pas permis de m'appesantir davantage sur le remarquable travail de notre savant confrère; il y a encore beaucoup à dire et je ne doute pas que votre intérêt ne puisse être longtemps captivé par un mémoire aussi consciencieuse-

ment écrit que remarquablement conçu. Les titres de M. Thorens le recommanderaient seuls à vos suffrages, si même il ne vous avait pas envoyé un travail d'une aussi incontestable valeur. En le recevant parmi nous, vous ferez donc une acquisition précieuse à tous les points de vue.

A la suite de ce rapport, le vote a lieu sur la candidature de M. le docteur Thorens, qui est élu membre titulaire de la Société.

—

Pneumonie aiguë du côté droit; — accès pernicieux après trois accès intermittents quotididiens.

M. Rougon : Mlle L..., âgée de 44 ans, d'une bonne constitution, à toujours habité Paris; elle occupe, avec ses sœurs, un petit appartement d'une maison s'étendant de la rue du Faubourg-Saint-Denis au boulevard de Strasbourg. Depuis deux mois, cette maison subit un remaniement complet : démolition, mise à nu des caves, fouilles des couches intérieures du terrain, faits que nous avons constatés plus d'une fois en traversant la cour pour nous rendre d'une voie à l'autre.

Mlle L... est prise, du 17 au 20 février, de malaise avec courbature, fièvre, toux, et douleur au côté droit pendant la respiration.

Visitée pour la première fois dans la journée du 21, nous constatons une pneumonie du côté droit, caractérisée par : point de côté, gêne de la respiration, matité dans les fosses sous-épineuse et sous-axillaire; crachats rouillés; râle crépitant; à gauche, le murmure respiratoire est un peu exagéré. Pouls à 96. Température à 39°. — Potion, kermès, 0,40 centigr.; teinture de digitale, xx gouttes; bouillons.

Le 22, même état. — Application d'un vésicatoire. Potion *ut suprà*. Pouls à 98.

Le 23, la respiration est toujours gênée; le râle crépitant a presque disparu; quelques râles muqueux; souffle bronchique. — Kermès, 0,40 centigr.; potion vineuse. — P. 96; T. 38°1.

Dès le début, la tolérance, après un ou deux vomissements, s'était franchement établie pour la préparation antimoniale prescrite.

Le 23, vers dix heures du soir, à l'appel des parents, fort inquiets, nous nous rendons près de Mlle L...; la malade est couverte d'une sueur froide, visqueuse, surtout aux ailes du nez, au front et à la portion antérieure de la poitrine; prostration marquée; la respiration est anxieuse, fréquente; le pouls à 114; la température à 40°5. Souffle à droite; à gauche, quelques rares râles muqueux.

Les phénomènes que nous avions sous les yeux ne se rapportaient nullement à la pneumonie, et ressemblaient entièrement, pour ceux qui les ont observés, à un accès pernicieux. Les deux sœurs de la malade, interrogées sur ce que Mlle L... avait pu présenter de particulier les soirs précédents, déclarent que, la veille et l'avant-veille, de cinq heures à huit heures et demie du soir, la malade avait été prise de frisson, puis de chaleur et de transpiration; que ce soir-là la transpiration avait duré plus longtemps, et, vers la fin, était devenue collante; que l'état de leur sœur leur paraissait si inaccoutumé qu'elles avaient pris peur. Il n'y avait plus à douter : c'était bien trois accès de fièvre intermittente, ces derniers prenant les caractères d'un accès pernicieux.

En une heure, la malade prend 1 gr. 20 centigr. de sulfate de quinine en potion; frictions excitantes; sinapismes.

Le lendemain 24, à six heures du matin, potion avec 1 gramme de sulfate de quinine, à prendre en quatre fois, à distance d'une heure. Le pouls est à 86; la température à 38°. Souffle bronchique. Les crachats prennent la teinte sucre d'orge. La douleur de côté existe encore. — Potion vineuse; bouillon; potage léger. Potion avec kermès, 0,40 centigr.

Nous revoyons la malade, le soir, à six heures et à dix heures; rien qui puisse rappeler l'état de la veille et l'intermittence des deux jours précédents. Pouls à 80. Temp. à 38°.

Le 25, la malade prend encore 0,60 centigr. de sulfate de quinine. La pneumonie suit son cours, et, au vingt-deuxième jour de la maladie, la convalescence s'accentuait.

Je n'ai pas pensé pouvoir dénommer autrement cette observation. Ici, la pneumonie a suivi la marche de toute pneumonie aiguë; c'est un accès de fièvre pernicieuse survenant chez une malade atteinte de pneumonie.

Nous n'hésitons pas à rattacher la cause des accès intermittents éprouvés par notre malade aux travaux en cours d'exécution dans l'immense maison où elle avait son petit appartement. Jusque-là, Mlle L... n'avait point, il est vrai, présenté de fièvre ou autres phénomènes intermittents; mais les observations les plus probantes établissent que des personnes en puissance de l'élément palustre, prises d'une maladie légère, angine, furoncles, bronchite, voient se déclarer des accès de fièvre intermittente; quelquefois même l'état des malades présente une

gravité nullement en rapport avec la maladie existante. On dirait, dans certains cas, que la maladie est l'excitant, le réveilleur, de la manifestation paludéenne. C'est alors que la quinine, convenablement administrée, dégage la maladie de l'élément intermittent, quelquefois pernicieux, et la ramène à son cours ordinaire. Ceux qui ont habité une région, une localité paludéenne, sans rien éprouver, en se transportant dans un autre climat, dans une localité saine, subissent quelquefois plus ou moins longtemps aussi des accès intermittents; de même que ceux qui ont été sujets à la fièvre intermittente, après des mois, des années même, passés sans accès, les voient reparaître sous l'influence de la plus légère cause. On ne saurait, dans la pratique, trop se tenir en garde contre cette disposition qui porte un élément de complications, aussi bien dans la maladie la moins grave, dans le plus léger traumatisme, que dans les affections les plus sérieuses.

Quelle que soit la voie employée, injection hypodermique ou solution, la première indication à remplir, dans l'administration de la quinine, est, croyons-nous, de toucher le malade, de lui faire éprouver très-sensiblement les phénomènes physiologiques du médicament. Dans les affections périodiques non paludéennes, l'insuccès du médicament peut souvent tenir à la négligence de cette indication.

Déjà, en 1869, votre Société s'est occupée, sur les observations relatées par plusieurs de ses membres, de la fréquence des fièvres intermittentes à Paris, de leur perniciosité, en même temps que, à la Société médicale des hôpitaux, les communications de MM. les docteurs E. Besnier, Féréol, Archambault, Gouraud, étaient très-concluantes sur ce point.

M. Labarraque père a vu, dans ces derniers temps, un certain nombre de faits analogues à celui qu'a rapporté M. Rougon. Des bronchites, notamment, ont présenté un caractère intermittent très-tranché, et n'ont été amendées que par l'emploi du sulfate de quinine.

M. Julliard exprime la crainte qu'en présence de la hausse croissante de la valeur du sulfate de quinine, ce médicament ne soit falsifié par l'adjonction du sulfate de cinchonine et de cinchonidine.

M. Girault rappelle des recherches qu'il a entreprises de concert avec M. Bouchardat, et qui lui ont démontré que le sulfate de cinchonine était, à un vingtième près, aussi actif que le sulfate de quinine.

M. Rougon dit que, en Angleterre, des essais ont eu lieu, et qu'ils sont loin d'être aussi concluants que ceux de M. Girault.

— La séance est levée à six heures.

Le Secrétaire annuel, Dr C. Maury.

Congrès médical international de Genève

Impressions par un Genevois (1)

Le Congrès international des sciences médicales siége à Genève dans les splendides édifices de la jeune Université. La jalousie des cantons lui a refusé jusqu'ici le titre de *fédérale* (car la loi exige cette création, et par conséquent ce titre), mais elle va son train, attire des étudiants, et se fait sa place à force de travail et de sacrifices. Quand cela est fait, le titre peut venir ou ne pas venir, peu importe, l'essentiel est d'exister de sa vie propre; à cela les subventions fédérales ne sauraient nuire, mais elles ne feront pas vivre ce qui ne serait pas viable. Or, Genève vit par elle-même, c'est un vieux nom scientifique et chaque année le rajeunit, et les partis politiques, en se succédant au pouvoir, rivalisent de bon vouloir à l'endroit de cette renommée si honorable pour ce petit Etat, qui est, comme on l'a dit, un grain de musc parfumant un vaste édifice.

Rien de plus attrayant que la jeune Université genevoise. Largement installée au centre d'un vaste espace, moitié parc, moitié jardin, qui règne sur le bord sud de la ville, précédée de vastes cours pleines de fleurs, en avant desquelles s'avancent comme deux ailes splendides, décorées de la plus noble architecture, d'un côté la bibliothèque, de l'autre, le musée d'histoire naturelle, pourvue de tout ce qui favorise l'étude, de laboratoires, de salles nombreuses, telle est cette création de la jeune Genève, et, pour dire la vérité, du radicalisme genevois, qui n'a rien de commun avec l'esprit révolutionnaire niveleur et anarchique. Il peut avoir ses enfants perdus, prêts à faire des folies, il y a des casse-cou en tout pays, mais il est, en réalité, très-conservateur, puisqu'il pousse au développement illimité de l'instruction publique, de la culture intellectuelle, cet éternel obstacle au désordre et à l'anarchie.

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 15 septembre.

C'est dans ce bel édifice que siége le Congrès ; les cinq sections en lesquelles il s'est scindé ont chacune leur salle où elles s'assemblent le matin. Puis, dans l'après-midi, les réunions générales se tiennent dans l'*Aula*, salle grandiose, d'un style parfait, fort décorée, où, comme dans un théâtre, on est assis sur des banquettes en velours, et où le public est admis dans les galeries.

L'Ecole de médecine, qui n'a encore qu'un an d'existence, mais qui compte déjà 100 étudiants, siége à quelque distance de là, sur le bord de l'Arve, torrent fougueux aux eaux limoneuses, qui sort des glaciers de Chamounix, et qui, après une course rapide, vient se mêler aux eaux limpides du Rhône à un kilomètre au-dessous de la ville. Là, dans ce lieu retiré, se trouve le très-élégant édifice élevé à l'art de guérir. L'amphithéâtre d'anatomie, où se fait l'enseignement, est un bijou dans son genre ; la salle pour les exercices des élèves est installée avec moins de luxe, mais avec une convenance parfaite. On n'a point oublié un logis pour la race canine, dont l'administration est toujours bien pauvre pour le service des expérimentations. La vivisection a ses fanatiques, elle a aussi ses adversaires à Genève, et la Société protectrice des animaux cherche noise de temps en temps au professeur de physiologie. Les pauvres chiens ne sont pas encore admis à bénéficier de la convention dite de Genève, la croix rouge n'existe pas encore pour eux. Patience ! Peut-être auront-ils un jour leur libérateur.

D'assez nombreux établissements, dont les uns sont publics, les autres dus à la munificence de particuliers, s'offrent ici à l'intérêt de messieurs les membres étrangers du Congrès. Des hôpitaux fort bien installés, une infirmerie ophthalmique, les asiles des vieillards et des orphelins, les fondations généreuses qui portent les noms de Rothschild, de Butini et autres ; tout cela fait honneur à la petite République, et pourrait faire envie à de plus grands Etats.

Empressons-nous de dire maintenant que des travaux très-nombreux et plusieurs fort importants ont occupé toutes les sections, et que le but sérieux du Congrès n'a pas été perdu de vue un seul instant. Mais ajoutons que, pour reposer l'esprit de messieurs les membres, il leur a été offert, tant par l'Etat de Genève que par des collègues haut placés dans le Corps médical, des invitations empreintes d'une cordialité affectueuse, où l'hospitalité genevoise s'est exercée de la manière la plus aimable. Le jour même de l'ouverture du Congrès, la vaste salle des élections, décorée des emblèmes des cantons, avec profusion de fleurs, de bannières, d'eau jaillissante, sans oublier un buffet fort bien servi, une musique ravissante, et surtout la présence des dames, cette vaste salle qui ouvre sur une jolie plaine de verdure, Champ de Mars des milices suisses, a été le lieu où la bienvenue a été faite au Congrès par les autorités cantonales et municipales. Les membres étrangers se sont senti aussitôt gagnés par cette affabilité de bon goût, et se sont, dès ce jour, trouvé chez eux dans la ville de Genève.

M. Gustave Revilliod, riche amateur des beaux-arts, et personnage fort populaire, quoique appartenant à l'aristocratie des siècles passés, a le premier ouvert ses salons et montré ses belles collections. Il a ainsi inauguré la série des réceptions particulières où le Congrès tout entier était invité.

Les jours suivants, des soirées leur ont été offertes par des citoyens éminents appartenant au Corps médical. M. le docteur Gautier leur a ouvert d'abord ses salons et la splendide terrasse qui règne au devant, lieu véritablement digne d'être visité et qui est une des curiosités de la vieille Genève. La jeune cité a eu son tour par la visite de l'hôtel Binet, situé sur ce quai magnifique conquis sur le lac et qui est une des gloires du pays. Le docteur Binet s'est acquis une position tout à fait grandiose dans l'opinion publique, et il la mérite certainement. Pareille clientèle et semblable succès n'étaient pas connus à Genève avant lui, mais il sait en user avec grandeur. Son hôtel, bâti en face du lac et du sublime Mont-Blanc, est une petite merveille d'architecture ; s'il fait honneur à son maître, il en fait aussi aux clients qui l'ont rendu possible, et il donne à tous les voyageurs qui visitent cette ville européenne une leçon de savoir-vivre envers leurs docteurs respectifs. Espérons qu'elle profitera à ces derniers.

Enfin, le docteur Martin a réuni le Congrès dans sa belle campagne de Morillon, qui est l'idéal de la grâce et de la grandeur réunies. Des tables nombreuses, superbement servies, remplissaient un salon vaste comme une halle et débordaient en dehors sous les plus beaux ombrages ; trois cents personnes y ont pris place, et, la nuit venue, une illumination féerique leur a permis de prolonger leurs plaisirs bien avant dans la soirée.

Osons le dire à nos confrères des grandes cités qui occupent des positions scientifiques éminentes et qui arrivent à de grandes positions financières. Honneur à ceux qui font un si noble usage du pouvoir de l'argent, qui ainsi font taire la jalousie, excitent l'émulation, qui se font aimer par leur cordialité, et font jouir les autres des biens que le travail leur a donnés.

A notre époque, le vrai grand seigneur c'est celui qui travaille, qui réussit et qui sait user de sa fortune; mais on ne s'incline plus devant de vieux noms et des prétentions surannées.

(*A suivre.*) B.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session de 1877 — Congrès du Havre (1)

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

M. Landowski lit une étude sur la climatologie algérienne au point de vue de l'hivernage des phthisiques. L'Algérie présente quatre climats : 1° celui des côtes, qui subit à un très-haut degré l'influence de la mer; 2° le climat des plateaux du Tell, où l'influence de la mer joue un rôle secondaire; 3° le climat des steppes, où l'influence de la position continentale domine toutes les autres; et 4° le climat saharien, qui doit au Sahara un caractère tout particulier. C'est le climat des côtes qui occupe uniquement M. Landowski. Il demande la création d'une station hivernale en Algérie pour les phthisiques.

M. Nepveu lit sur l'oligurie et la polyurie d'origine réflexe un mémoire dont voici les conclusions : 1° le testicule peut être dans certaines conditions anormales (injections iodées dans la vaginale, affections douloureuses des testicules) le point de départ d'actions réflexes, qui agissent sur la sécrétion urinaire; 2° cette action réflexe, envisagée particulièrement dans le cas d'hydrocèle, traitée par l'injection iodée, se traduit par une série d'oscillations en sens inverse dans la sécrétion oligurée d'abord pendant quelques jours, puis polyurie, et enfin retour à l'état normal; 3° l'opération de l'injection iodée dans la vaginale doit être envisagée comme une véritable expérience physiologique qui, mieux sur l'homme que sur l'animal, peut servir à établir la réalité de ces connexions physiologiques entre la sécrétion rénale et les irritations portées sur les plexus spermatiques.

M. Courty communique le résultat d'expériences faites dans le laboratoire de M. Vulpian et destinées à étudier les troubles généraux et locaux produits par les gaz libres intra-vasculaires. Une analyse de ce travail ne pourra être faite qu'après sa publication.

M. Franck lit, au nom de M. Letiévant, un travail sur le pansement antiseptique, qui se termine par le résumé suivant : Grâce à la méthode nouvelle, réussite immédiate là où l'on n'osait l'espérer; conservation dans beaucoup de cas graves, où l'on amputait le plus souvent autrefois; suppression de l'infection purulente, voilà les trois grands bienfaits du pansement que j'ai mis en expérience ces deux dernières années.

M. Brière lit un travail sur les maladies des yeux au Havre et dans les environs.

M. Galezowski fait une première communication sur la température de l'œil dans les maladies de cet organe, et une deuxième sur les altérations vasculaires dans les affections de la rétine.

M. Lancereaux fait une communication sur les lésions artérielles provoquées par la syphilis. Elles seraient, d'après lui, beaucoup plus fréquentes qu'on ne semble le croire, et présenteraient ceci de particulier, qu'elles se cantonneraient surtout dans les artères encéphaliques. Les vertébrales, le tronc basilaire, les sylviennes, en seraient le siége de prédilection; les caractères anatomiques de ces altérations syphilitiques seraient leur circonscription. Ainsi, les îlots d'artérite ne mesureraient guère plus de 0m,01 à 0m,02 de longueur, et atteindraient même très-rarement cette étendue; elles débuteraient sous la tunique interne des artères, dans le tissu sous-épithélial; là se ferait un léger soulèvement, une sorte de pustules semblables aux îlots d'athérome. Lorsque ces petites tumeurs s'ouvrent dans la lumière du vaisseau, il reste des cavités ampullaires, de petits anévrysmes, dont M. Lancereaux montre plusieurs exemples sur des planches. Il est des cas où ces anévrysmes prennent un certain développement; dans d'autres, il se fait une véritable oblitération de l'artère. Comment distinguer ces lésions de l'athérome, auquel elles ressemblent fort? M. Lancereaux s'appuie sur plusieurs raisons pour les enlever à l'athérome : 1° le sujet est syphilitique; 2° l'athérome se développe surtout sur les grosses artères, tandis que, dans l'artérite syphilitique, les altérations n'atteignent que les artères de l'encéphale; 3° le sujet est souvent jeune, tandis que, dans les cas d'athérome, il s'agit surtout de vieillards; 4° enfin, il n'est pas rare d'observer une certaine symétrie.

M. Lancereaux étudie ensuite les symptômes de l'artérite syphilitique et les signes qui permettent de la séparer cliniquement de l'athérome et de l'embolie. Dans l'embolie, les phéno-

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 6 et 13 septembre.

mènes sont immédiats; dans l'artérite syphilitique, ils sont le plus souvent lents à se développer et précédés de prodromes, céphalée, insomnie, etc. Il est vrai que ces prodromes appartiennent aussi à l'athérome; mais, ici, l'âge du malade sera d'une grande utilité. L'athérome est une maladie des vieux, l'artérite syphilitique une maladie des jeunes; puis, lorsque les artères de l'encéphale sont athéromateuses, il y a très-grandes chances pour que celles des membres le soient aussi. Avec ces signes, M. Lancereaux prétend avoir reconnu sur le vivant des artérites syphilitiques. Cette affection est grave, d'un pronostic très-sérieux; aussi conseille-t-il d'agir rapidement : iodure de potassium à haute dose et frictions mercurielles abondantes; laisser de côté les pilules au proto-iodure, dont l'absorption est par trop lente.

M. Verneuil fait une communication sur le traumatisme dans l'alcoolo-diabétisme. Les trois observations qu'il a recueillies sont des plus instructives; elles montrent toutes que chez ces individus la moindre piqûre est absolument grave et détermine parfois la mort. Dans deux de ces cas, il s'agissait de marchands de vins alcooliques, et diabétiques par surcroît; ils se piquent l'un des doigts de la main; le doigt enfle, puis la paume de la main, puis l'avant-bras, puis le bras; le creux de l'aisselle se prend à son tour. Des plaques violacées apparaissent, des eschares se forment et la mort survient au milieu d'une profonde adynamie. Dans une troisième observation, il n'y eut même pas de véritable traumatisme. Une sorte de strangurie se manifesta chez un diabétique; il fut sondé, une cystite purulente se déclara qui fit de rapides progrès; des douleurs violentes à la pression dans la région lombaire prouvèrent qu'il y avait en même temps néphrite; le malade fut rapidement emporté. M. Verneuil termine en insistant sur ce fait que l'alcoolisme est très-fréquent chez les diabétiques. Les malheureux ont soif; ils ont beau mettre de l'eau dans leur boisson, pour peu qu'ils ingurgitent cinq ou six litres de liquide dans un jour, la quantité d'alcool absorbée devient fort considérable.

M. Sounthey, de Londres, communique un travail sur un système de drains avec tubes capillaires que l'auteur emploie dans les cas d'anasarque. Ce petit appareil consiste en une très-petite canule introduite dans le tissu capillaire par un trocart. Cette canule est munie d'une boule terminale, de telle sorte que, le trocart retiré et la peau se rétractant, la canule se trouve fixée et reste enfoncée dans le tissu cellulaire. On peut mettre ainsi deux ou trois canules dans le scrotum, dans les jambes, sur la paroi abdominale, et le liquide s'écoule par de petits tubes en caoutchouc qui, par une de leurs extrémités, s'abouchent sur la canule, tandis que leur extrémite libre plonge dans un récipient quelconque, dans lequel la sérosité s'accumule. On comprend les avantages de ce petit appareil : l'écoulement est continu, tandis que les mouchetures qu'il est destiné à remplacer se ferment et s'oblitèrent souvent avec une très-grande rapidité; les piqûres sont beaucoup moins nombreuses que les mouchetures. Enfin le liquide qui s'écoulait des mouchetures mouillait sans cesse le malade, humectait son linge, se décomposait à la chaleur du lit, et devenait ainsi une cause d'émanations nuisibles et de gène très-grande. Aussi rien n'est plus fréquent que de voir des érysipèles se développer autour des mouchetures. Avec le nouveau moyen que propose M. Sounthey, rien de pareil ne serait à craindre. L'auteur ajoute une dernière considération : au lieu de se perdre, le liquide hydropique est recueilli dans des vases; on peut donc se rendre compte de sa quantité, ce qui n'est pas sans intérêt, car il serait parfois très-dangereux de spolier l'économie d'une trop grande quantité de ce liquide séreux. Il a pu, grâce à ce système, étudier la somme d'urée excrétée par le liquide hydropique, et le travail qu'il a publié sur ce sujet est fort intéressant pour les physiologistes.

M. Gibert lit un travail sur la scrofule au Havre. Les divers accidents de la scrofule ont été fort bien décrits, mais, ce que l'on n'a pas fait, c'est l'histoire d'un scrofuleux que l'on aurait suivi de sa naissance à sa mort. M. Gibert voudrait esquisser ce travail. La scrofule est bien fréquente au Havre; beaucoup d'enfants en sont affectés, et cependant les relevés de la conscription prouvent que très-peu de jeunes gens sont scrofuleux à 21 ans, lorsqu'ils passent au conseil de révision. Il faut donc admettre ou que les scrofuleux sont morts avant d'atteindre cet âge, ou qu'ils se sont guéris de leur scrofule. Les tables de la mortalité prouvent que la première hypothèse n'est pas fondée; la seconde doit donc être acceptée. Ces guérisons seraient dues à l'air de la mer. *(A suivre.)*

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA LARYNGITE STRIDULEUSE. — KRISHABER ET PETER.

Pendant l'accès, on trempe une éponge, qui doit être assez volumineuse, dans de l'eau très-chaude, de façon à ce qu'elle ne détermine pas de brûlure, et on la passe, pendant dix à quinze minutes, sous le menton et au devant du cou du petit malade. Sous l'influence de cette

haute température, artificiellement communiquée à la peau, il s'y produit une fluxion, qui tend à déplacer celle qui existe au larynx, et l'oppression cesse bientôt d'une façon remarquable. On continue l'appel fluxionnaire vers la peau du cou, soit en y appliquant ensuite un cataplasme très-chaud, recouvert d'une couche de ouate et de taffetas gommé, soit plus simplement en entourant le cou d'une cravate de ouate recouverte de taffetas gommé. — Comme moyen auxiliaire, promener des sinapismes sur les membres inférieurs, et entretenir autour du malade une atmosphère de vapeur d'eau chaude, en plaçant sur des tables, autour du berceau de l'enfant, de grandes cuvettes pleines d'eau bouillante, dont les vapeurs sont rassemblées à l'aide des rideaux. — Dans certains cas, un vomitif, tel que le sirop d'ipéca, donné par cuillerées à café de cinq en cinq minutes, complète le traitement, qui doit être aussi simple que possible. — N. G.

ENSEIGNEMENT

COURS ANNEXES DE CLINIQUE CONSACRÉS A L'ENSEIGNEMENT DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES DANS LES FACULTÉS DE L'ÉTAT.

Le Président de la République française;

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et du ministre de l'intérieur;

Vu l'article 54 du décret organique du 17 mars 1808;

Vu l'ordonnance du 10 avril 1840;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu;

Décrète:

Art. 1er. — Il est créé des cours annexes de clinique consacrés à l'enseignement des spécialités médicales et chirurgicales ci-après-désignées, dans les Facultés de l'État où des chaires magistrales sur les mêmes sujets n'ont pas été précédemment instituées :

Les maladies des voies génito-urinaires;
Les maladies des enfants;
Les maladies syphilitiques et vénériennes;
Les maladies des yeux;
Les maladies mentales;
Les maladies de la peau.

A cet enseignement complémentaire pourront être ajoutés ultérieurement d'autres cours, dont l'avenir démontrerait l'utilité.

Ces cours sont annoncés à la suite des programmes des cours ordinaires de la Faculté.

Art. 2. — Les cours annexes de clinique sont confiés, soit à des agrégés en exercice ou à des agrégés libres pourvus d'un service hospitalier, soit à des médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Une commission mixte permanente, composée de délégués du ministre de l'instruction publique et du ministre de l'intérieur, est chargée de préparer un règlement pour l'organisation des cours annexes de clinique qui seront institués dans les hôpitaux en vertu du présent décret, et d'en surveiller le fonctionnement.

Art. 3. — Les agrégés ou docteurs chargés de ces enseignements sont nommés, pour dix ans, par le ministre de l'instruction publique.

Ils peuvent être, après ces dix années, rappelés à l'exercice; toutefois, ils cessent leurs fonctions de plein droit du jour où ils ne font plus partie du corps des médecins ou des chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — Les agrégés libres ou docteurs chargés de cours annexes de clinique prennent part aux examens de la Faculté.

Art. 5. — Des services spéciaux sont mis à la disposition de la Faculté par les soins de l'administration hospitalière, pour le fonctionnement des cliniques complémentaires, sans que ces administrations soient tenues de créer des services nouveaux, si ceux qui existent sont jugés suffisants par la commission mixte.

Art. 6. — Les agrégés en exercice participent à l'enseignement de la Faculté. A cet effet, des locaux sont mis à leur disposition, soit dans les bâtiments de la Faculté, soit dans des bâtiments annexes.

Chaque année le ministre de l'instruction publique détermine l'objet et le nombre des leçons confiées aux agrégés. Ces leçons sont annoncées à la suite du programme des cours obligatoires de la Faculté.

Les agrégés chargés de cours sont entendus, sur leur demande, par l'assemblée de la Faculté, dans tous les cas où il est délibéré sur l'enseignement qui leur est confié.

Art. 7. — Le ministre de l'intérieur et le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts sont chargés de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 août 1877.

Maréchal DE MAC-MAHON, duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'intérieur, DE FOURTOU.

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, Joseph BRUNET.

Éphémérides Médicales. — 18 Septembre 1708.

Clément Hecquet meurt à Abbeville. Reçu docteur à Montpellier, il était de la même famille que le célèbre Philippe Hecquet, médecin du prince de Condé et de Mlle Des Vertus, et si connu par son ouvrage sur l'*Abstinence de carême.* — A. CH.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

NÉCROLOGIE. — On lit dans le dernier numéro du *Journal des connaissances médicales* :

« Un homme qui touchait de près au Corps médical, M. Pierre-Michel Asselin, éditeur, vient de mourir subitement, alors que sa famille et ses amis le croyaient complétement rétabli d'une affection grave, qui leur avait causé récemment de vives inquiétudes. M. Asselin n'avait que 57 ans. Nous ne voulons pas laisser disparaître cet homme si bon, si bienveillant, sans lui adresser un adieu attristé. M. Asselin était un de ces hommes rares, pour lesquels faire le bien et le bien faire est chose tellement naturelle, qu'ils n'en tirent aucune vanité. Que de personnes M. Asselin a obligées sans bruit ! Cet homme excellent laisse dans les cœurs de tous ceux qui l'ont connu d'amers regrets.

« Que sa famille, si cruellement éprouvée, reçoive l'expression de notre vive sympathie. »

APPLICATIONS DU TÉLÉPHONE A L'INDUSTRIE. — Il vient d'être fait en Angleterre une nouvelle application, peut-être la première application industrielle, du téléphone. Jusqu'à ce jour, il n'avait pas été possible de transmettre la voix humaine du fond des galeries à l'ouverture des puits de mine de grande profondeur, et les signaux à l'aide de cordes n'étaient que d'un faible secours. Lundi dernier, le docteur Foster, inspecteur des mines, a procédé, dans les houillères de Saint-Austell, à plusieurs expériences qui ont donné les meilleurs résultats.

Le téléphone, attaché à un fil en cuivre recouvert de gutta-percha, a été descendu dans le puits Éliza, et, au bout d'un quart d'heure, des paroles prononcées au fond de la mine ont été entendues très-distinctement à l'orifice du puits. Des demandes et des réponses ont été ensuite échangées, l'instrument étant placé chaque fois en un point différent et manié par des mineurs qui n'en avaient jamais fait l'essai.

L'ARBRE A PLUIE. — Le consul des États-Unis de Colombie, dans le département de Loreto, vient d'écrire au président Prado, pour lui donner de curieux détails sur un arbre qui existe dans les forêts avoisinant la ville de Mogobamba. Cet arbre, appelé par les naturels *Tamai caspi* (arbre à pluie), est doué de propriétés remarquables. Il a environ 18 mètres de hauteur quand il a atteint son développement complet ; son diamètre à la base du tronc est de un mètre. Cet arbre absorbe et condense avec une étonnante énergie l'humidité de l'atmosphère, et l'on voit constamment l'eau ruisseler de son tronc et tomber en pluie de ses branches ; cela avec une telle abondance, que le sol avoisinant est transformé en un véritable marécage. L'arbre à pluie possède cette propriété à un très-haut degré pendant la saison de l'été, principalement quand les rivières sont basses et que l'eau est rare ; aussi le consul de Loreto propose-t-il de planter l'arbre à pluie dans les régions arides du Pérou, pour le plus grand bienfait des agriculteurs.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le docteur Lagneau, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, a lu un travail intéressant sur les mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phthisie.

M. Lagneau arrive à reconnaître que la phthisie se montre principalement chez les personnes vivant renfermées, se livrant à des occupations sédentaires, dans des attitudes vicieuses qui font obstacle au libre fonctionnement des organes respiratoires ; il est amené à penser que, pour prévenir le développement de la phthisie, il faut non-seulement un renouvellement constant de l'air ambiant, qu'il soit chaud ou froid, sec ou humide, à une pression barométrique basse ou élevée, mais qu'il faut aussi que, par suite d'occupations actives, cet air, largement inspiré, pénètre profondément dans les vésicules pulmonaires; l'air *intus et extra* lui semble être le meilleur prophylactique, non le curatif de la phthisie pulmonaire.

On trouvera, au compte rendu, la série des mesures d'hygiène publique prophylactiques que l'auteur recommande comme remplissant le mieux le but si désirable, mais si difficile à atteindre, de la diminution de la fréquence de ce terrible fléau.

M. Jules Rochard a communiqué ensuite, avec le talent de diction qui le caractérise et qui donne tant d'intérêt à ses communications, les renseignements qui lui ont été adressés par M. le docteur Talairach, médecin de 1re classe de la marine, sur la fréquence du *Tænia mediocanellata* en Syrie, et sur la présence du cysticerque qui lui donne naissance, dans la chair musculaire des bœufs de ce pays. On trouvera au compte rendu un résumé de ce travail.

Enfin, M. Briquet a continué la lecture de son rapport officiel sur les travaux relatifs au choléra adressés à l'Académie de médecine.

Quelques courtes observations ont été faites, à la suite de cette lecture, par M. Gubler sur la théorie de l'origine tellurique, de Pettenkoffer, et par M. Jules Guérin sur la doctrine de la contagion et de la spontanéité. — A. T.

HELMINTHOLOGIE

SUR LES TÉNIAS, LES ÉCHINOCOQUES ET LES BOTHRIOCÉPHALES DE L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 13 octobre et du 3 novembre 1876 (1),

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE,

Membre de l'Académie de médecine,
Agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

III. — DES ÉCHINOCOQUES.

Il me suffira de rappeler à mes collègues l'aspect ordinaire et si connu des Hydatides, leur forme de vésicules arrondies ou ovoïdes, d'une grandeur variable (fig. 19); j'ajouterai seulement que, constituées par une enveloppe membraneuse ayant la consistance de l'albumine peu cuite, elles sont remplies d'un liquide transparent et semblable à de l'eau distillée. Autour des Hydatides volumineuses des viscères, celles du foie, par exemple, se trouve une couche fibreuse, résistante, et qui

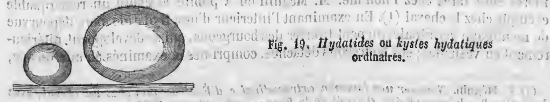


Fig. 19. *Hydatides ou kystes hydatiques ordinaires.*

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 13 et 18 septembre.

est un véritable kyste adventif pourvu souvent d'un réseau vasculaire, tandis que les vésicules hydatiques n'ont aucun vaisseau. J'insisterai plus longtemps sur l'anatomie des membranes propres de l'Hydatide et sur la couche germinale interne.

Les vésicules hydatiques dont le volume atteint celui d'une noisette ou d'un œuf, jusqu'à celui d'une tête de fœtus, sont remplies de liquide seulement, mais parfois elles renferment à la fois du liquide et un assez grand nombre d'autres Hydatides absolument semblables (fig. 20). Dans ce dernier cas l'Hydatide est dite : *Hydatide mère*, et celles qu'elles renferment ont été appelées *Hydatides filles*. Il n'y a là qu'une question de contenant et de contenu, mais non une différence de structure des Hydatides.

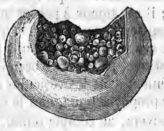


Fig. 20. *Hydatide ouverte* renfermant des hydatides plus petites.

En examinant avec attention le liquide de plusieurs vésicules, on trouve que tantôt il est tout à fait limpide, mais que souvent il laisse déposer de petits grains blanchâtres, apercevables à l'œil nu, comme une très-fine semoule. Ces granulations, qui nagent dans le liquide hydatique et dont plusieurs restent attachées à la partie interne des vésicules, sont les *Échinocoques*.

Le moindre morceau de vésicule hydatique est tout à fait caractéristique. Lorsqu'on examine au microscope, à divers grossissements, un fragment, obtenu en coupant ou en hachant la vésicule, et placé sur la tranche, on voit une disposition lamelliforme toute spéciale (fig. 21, A et B). Qu'on se représente un livre ou mieux un album à feuillets d'inégale épaisseur, et l'on aura une idée nette de cette disposition de lamelles emboîtées. A la partie interne de la membrane hydatique, on trouve une couche grenue des plus remarquables, découverte par le professeur Charles Robin. Cette couche (fig. 21, B) est une véritable membrane germinale, donnant

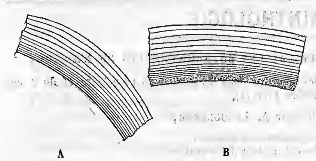


Fig. 21. *Fragments* hachés de *membrane hydatique*, vus par la tranche ; ils offrent une disposition lamelliforme. A droite, le fragment est revêtu, à la face interne, de la couche germinale granuleuse.

naissance aux Échinocoques, et suivant que l'Hydatide est pourvue ou non de cette membrane, elle est fertile ou non fertile, ainsi que Davaine l'a démontré. Les termes d'Hydatide mère ou fille, n'expriment que le fait de vésicules renfermant ou ne renfermant pas d'autres vésicules : la membrane germinale seule rend l'Hydatide fertile ou apte à produire des Échinocoques. Dépourvue de membrane germinale, l'Hydatide mère, remplie de vésicules semblables à elle, est réellement stérile par rapport aux Échinocoques dont la production est alors impossible.

Les Hydatides mères et filles sont aussi appelées *endogènes* et *exogènes*, ces dernières sont rares chez l'homme. M. Mégnin en a publié et figuré un remarquable exemple chez le cheval (1). En examinant l'intérieur d'une Hydatide mère dépourvue de membrane germinale, on peut trouver des bourgeons, qui se développent ultérieurement en vésicules; ces bourgeons détachés, comprimés et examinés au microscope,

(1) P. Mégnin. *Note sur une invasion extraordinaire d'Échinocoques chez un cheval*, avec deux planches lithographiées. (Extrait de la *France médicale*, juin 1875.)

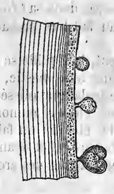


Fig. 22. *Fragment d'hydatide*, revêtu de la membrane germinale, et montrant de haut eu bas le développement de l'*Echinoque.*

offrent exactement la même disposition que les enveloppes hydatiques constituant les grandes vésicules. Si les bourgeons sont placés sur la face externe, l'Hydatide produira des vésicules exogènes (1). Les kystes alvéolaires à Échinocoques du foie et du poumon, appelés aussi : *tumeurs à Échinocoques multiloculaires*, se rapprochent des Hydatides exogènes. Leur contenu gélatiniforme est en réalité formé des membranes hydatiques repliées et renfermant des Échinocoques. Notre collègue Féréol nous a montré des pièces anatomiques de ce genre, avec lesquelles J. Carrière a fait une thèse remarquable (2).

Les *Échinocoques* (ἐχῖνος, hérisson, et κόκκος, grain) proviennent par bourgeonnement de la membrane germinale des Hydatides fertiles. D'abord, ils sont constitués par une granulation blanchâtre, à peine visible à l'œil nu, qui se montre à la surface, qui grossit, se pédiculise (fig. 22), et qui enfin se détache pour nager librement dans le liquide hydatique. Le corps des Échinocoques est formé par une vésicule arrondie ou ovoïde quand l'animal se contracte. Sur la partie postérieure, on trouve parfois les traces du pédicule par lequel l'animal tenait à la membrane germinale. La partie antérieure, ordinairement invaginée, offre quatre ventouses et une double couronne de crochets (fig. 23). Le corps est parsemé de granulations formées de carbonate de chaux et de phosphate de chaux, unis à une susbtance organique (3).

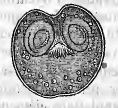




Fig. 23. *Echinocoque*, avec la partie antérieure rentrée en dedans du corps ou invaginée. On voit la disposition des crochets, des ventouses ; le corps renferme des corpuscules calcaires.

La grandeur des Échinocoques est de 0mm,2 à 0mm,25 = 200 μ à 250 μ, quand la tête est rentrée, comme dans la figure 23, et elle arrive jusqu'à trois dixièmes de millimètre quand l'animal allonge la tête au dehors.

Les Hydatides, ou poches hydatiques bien développées dans nos organes, peuvent ultérieurement subir des altérations importantes. La membrane s'épaissit en plusieurs points, elle devient cartilaginiforme ; la surface interne est rude, inégale, enduite de sels calcaires. L'Hydatide n'est plus arrondie, mais bosselée avec des enfoncements et des diverticules. La paroi cède sur quelques points, la poche peut communiquer avec les vaisseaux ou les cavités voisines. D'autres fois, quoique bien plus rarement qu'on ne l'a dit, l'intérieur est rempli d'un liquide purulent. J'en ai

(1) C. Davaine. *Traité des entozoaires*, etc., Synopsis, p. XII, fig. 6, nos 1 et 2, 1866.

(2) Féréol. *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, p. 236, 1867. — J. Carrière. *De la tumeur hydatique alvéolaire* (*tumeur à Échinocoques multiloculaires*), thèse de Paris, n° 101, 1868. — Prongeanski. *De la tumeur à Échinocoques du foie, multiloculaire et ulcéreuse*, thèse inaugurale, Zurich, 1873. — Haffter, *Échinocoque multiloculaire du foie* (*Archiv der Heilkunde*, p. 362, 1875).

(3) A. Laboulbène. *Note sur les corpuscules calcaires des Échinocoques* (*Mémoires* de la Société de biologie, 5e série, t. II, p. 57, pl. III, 1872).

communiqué une observation à Trousseau, qui l'a insérée dans sa *Clinique médicale* de l'Hôtel-Dieu; depuis, j'en ai observé un nouveau fait très-probant et que j'ai montré à M. Davaine.

Dans un degré extrême, les Échinocoques périssent, le liquide se résorbe, il ne reste qu'un magma granulo-graisseux, parfois semblable à du mastic, où l'on trouve encore les crochets des Échinocoques. La membrane hydatique plissée, ridée, chiffonnée, ressemble à un petit paquet de taffetas gommé, entouré ou non d'une membrane fibreuse. Mais le diagnostic est encore possible, et dans un fait de ce genre j'ai pu établir l'existence d'un kyste très-ancien chez un sujet ayant succombé à une autre affection et, à force de recherches, montrer à Béhier des crochets d'Échinocoque, ce qui n'a laissé aucun doute.

Après cette description sommaire de l'Hydatide et de l'Échinocoque produit par elle, pouvons-nous rattacher cette Hydatide, tantôt isolée, mère ou fille, appelée aussi *acéphalocyste* par Laennec, tantôt stérile ou non, au développement d'un Ténia humain? Les faits sont démonstratifs et prouvent le contraire, car dans les très-nombreux exemples de kystes hydatiques ouverts dans les voies digestives de l'homme, à diverses hauteurs, jamais on n'a constaté le développement d'un Ténia soit inerme, soit armé. L'Hydatide, ou l'acéphalocyste, est rendue en nature, peu altérée, reconnaissable et non changée : l'Échinocoque périt dans l'intestin humain et ne s'y transforme point.

Et cependant il est impossible de méconnaître l'analogie de l'Échinocoque avec une tête, ou, en d'autres termes, avec un scolex de Ténia. Mais l'Hydatide, d'où il provient, paraît tout à fait exceptionnelle au premier abord, et l'on a ignoré longtemps les rapports des poches hydatiques avec les Échinocoques (1).

Pour se rendre compte de ce que sont les Hydatides par rapport à l'Échinocoque et par rapport au Ténia, il faut chercher une démonstration ailleurs que dans notre organisme. On ne peut avoir facilement le dernier mot sur la *ladrerie hydatique* de l'espèce humaine. Cuvier a fait une réflexion profondément vraie : « L'homme n'est pas bien connu, si on ne l'étudie que dans l'homme » ; de même, en comparant les petites choses aux grandes, l'Hydatide ne peut être bien appréciée, si on ne considère les autres productions hydatiques ou kystiques des animaux. Parmi ces dernières, la vésicule du cerveau du mouton, ou vésicule du *Cœnure*, est une des plus remarquables ; elle va me fournir une transition utile et nécessaire.

La vésicule du Cænure, globuleuse, atteignant jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule, est constituée par une membrane unique, mince, contractile, vaguement fibroïde, avec des granulations élémentaires ; l'acide acétique est sans action sur les fibrilles et les granulations. L'intérieur renferme un liquide limpide. De cette vésicule et extérieurement se détachent des corps granuleux et d'autres allongés, disposés par groupes, longs de 4 à 5 millimètres et rétractiles à l'intérieur de la vésicule commune. La figure 24, en partie schématique, montre cette disposition des têtes et des cous du Cænure qui naissent de la membrane et qui sont constitués par un tissu semblable. Les têtes se produisent par bourgeonnement de la vésicule; on les trouve à tous les degrés de développement; elles sont finalement pourvues de quatre ventouses et d'une double couronne de crochets, au nombre de vingt-huit à trente-deux (2). Enfin, jamais ces têtes du Cænure, implantées sur la membrane mère, ne deviennent libres comme les Échinocoques. La vésicule du Cænure est toujours pourvue d'un grand nombre de têtes ; elle est constamment polycéphale.

On s'est assuré que le Cænure ne se divise pas et ne produit pas de vésicule semblable à la sienne, soit endogène, soit exogène. La vésicule du Cænure n'est donc

(1) Livois. *Recherches sur l'Échinocoque de l'homme et des animaux*, thèse de Paris, 1843. — Gervais et van Beneden. *Zoologie médicale*, t. II, 1869.

(2) Voyez, pour les figures d'après nature, Davaine, *Traité des entozoaires*, Synopsis, p. XVIII, figure 8.

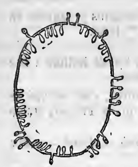
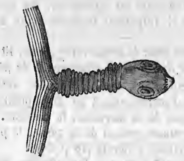



Fig. 23. *Vésicule du Cœnure.* A gauche, on voit, sur une figure schématique, la membrane unique, avec des groupes de cous et de têtes, les uns rentrés, les autres sortis au dehors. A droite, *tête et cou plissé* très-grossis ; la tête est munie de ventouses et d'une double couronne de crochets.

pas l'analogue de la vésicule hydatique ou de l'acéphalocyste, mais elle ressemble extrêmement à la membrane germinale de l'Hydatide, et elle forme, comme cette dernière, des têtes qui ont le plus grand rapport avec celles des Ténias.

Le Cœnure, qui existe presque exclusivement dans le système nerveux céphalique, soit libre dans les ventricules cérébraux de plusieurs ruminants, surtout du mouton, soit dans une poche creusée à la surface du cerveau ou dans l'encéphale, produit la maladie connue sous le nom de *tournis*. Or, depuis les expériences nombreuses tentées avec le Cœnure, par Küchenmeister, Eschricht, van Beneden, Baillet, etc., on sait, à n'en pas douter, que la vésicule polycéphale du Cœnure du mouton, introduite dans l'intestin d'un carnassier, chien ou loup, produit un Ténia désigné sous le nom de *Tænia cœnurus*. De plus, en donnant aux moutons des anneaux ou des œufs de ce Ténia, ces moutons ont eu le tournis et ont présenté des Cœnures dans le cerveau.

Le Cœnure, d'après les expériences précitées, consisterait, dans les premiers jours, en une simple vésicule transparente, contractile, qui chemine et creuse une galerie à la surface du cerveau (fig. 25) et ne présente pas encore de bourgeons ou de scolex à la surface. Vers le vingt-septième jour, les têtes apparaissent, et, six semaines après, elles sont munies de ventouses et de crochets.

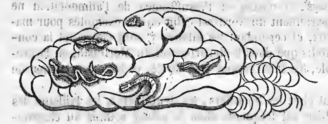


Fig. 25. Cerveau de mouton, vu de profil, et montrant des galeries creusées à sa surface par les jeunes *Cœnures*.

Les transformations d'un Ténia provenant du Cœnure nous montrent donc l'œuf de ce Ténia du chien ou du loup, produisant dans le cerveau d'un mouton, où son embryon est parvenu par l'intermédiaire du courant sanguin et après avoir perforé un point des parois digestives, produisant, dis-je, une vésicule particulière et polycéphale : le Cœnure. Il y a eu métamorphose de l'embryon hexacanthe en un corps vésiculaire rappelant les Cysticerques ; plus tard, cette vésicule n'a point bourgeonné comme les Hydatides, mais proliféré à la manière de la membrane germinale de celles-ci. Les têtes ou les scolex, avalés par le carnassier, sont devenus dans l'intestin du chien ou du loup des têtes de *Tænia cœnurus* ressemblant beaucoup, du reste, au *Tænia serrata* du chien.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1877.— Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques observées dans le département de la Haute-Marne en 1876. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend un rapport sur les revaccinations pratiquées en 1877 au 3e régiment d'infanterie, par M. Dupeyron, médecin-major de 1re classe.

—

M. le docteur G. Lagneau, candidat pour la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *Des mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phthisie.*

M. G. Lagneau qui, successivement, dans plusieurs études antérieures, s'est occupé de rechercher les causes restrictives de l'accroissement de la population de la France, étudie actuellement une des principales causes de sa mortalité, la phthisie.

A Paris, actuellement comme au commencement de ce siècle, la phthisie continue à entrer pour près d'un cinquième dans la mortalité générale (18 p. 100).

Depuis plusieurs années, contrairement à ce que l'on observe généralement, les décédés phthisiques masculins sont, proportionnellement, plus nombreux que les décédés phthisiques féminins dans le rapport de 115 à 100; un huitième de plus.

Les décédés phthisiques natifs de Paris sont, proportionnellement, moins nombreux que les décédés phthisiques immigrés des départements et de l'étranger : 10,000 natifs perdent annuellement 33 phthisiques, 10,000 étrangers en perdent 44; différence d'un quart.

Après avoir rappelé que la phthisie se montre sous tous les climats, chauds ou froids, il insiste sur l'immunité phthisique constatée, d'une part, à certaines altitudes dans les Alpes, les Pyrénées, les Cordillières des Andes, sur le plateau du Mexique; d'autre part, dans certains pays septentrionaux comme l'Islande, les îles Hébrides, certaines parties du nord-ouest de l'Écosse, les îles Féroë, le nord de la Norvége, etc.

Faisant remarquer que ces pays de montagnes et ces pays du Nord diffèrent sous la plupart des conditions atmosphériques, sauf au point de vue de la basse température, du froid, il montre que le froid ne peut être considéré comme préventif de la phthisie, puisque cette affection est fréquente à Christiansand par le 62° de latitude, sous une température moyenne de 4°5, et n'est pas très-rare au Groënland. D'ailleurs, en France, les exemptés du service militaire pour maladies de poitrine sont beaucoup plus nombreux dans les départements les plus septentrionaux, dans ceux du Nord et du Pas-de-Calais, que dans le reste de la France. Toutefois, il faut remarquer que ceux du littoral méditerranéen, où l'on envoie souvent les phthisiques, ont un assez grand nombre de ces exemptés.

Les influences climatologiques étant insuffisantes pour expliquer l'absence ou la fréquence relative de la phthisie dans les divers pays, la misère et l'insuffisance de l'alimentation ne peuvent les expliquer davantage. Le département du Nord est celui où les exemptés pour maladies de poitrine sont le plus nombreux, et cependant les salaires y sont élevés, et la consommation de pain est considérable; tandis que dans le département du Morbihan, où la proportion de ces exemptés est la plus faible, les salaires sont peu élevés, et la consommation de pain bien moindre.

Rappelant que la phthisie sévit surtout chez les bijoutiers, les dentellières, les tailleurs, les cordonniers; rappelant combien la phthisie est fréquente chez le soldat soumis au casernement; enfin, montrant que si le département du Nord présente le plus d'exemptés pour maladies de poitrine, il est un de ceux où l'industrie occupe le plus d'habitants, tandis que le département du Morbihan, ayant le moins d'exemptés, est l'un des moins industriels de France, M. Lagneau arrive à reconnaître que la phthisie se montre principalement chez les personnes vivant renfermées, casernées, se livrant à des occupations sédentaires, dans des attitudes vicieuses faisant obstacle au libre fonctionnement des organes respiratoires; il est amené à penser que, pour prévenir le développement de la phthisie, il faut non-seulement un renouvellement constant de l'air ambiant, qu'il soit chaud ou froid, sec ou humide, à une pression barométrique basse ou élevée, mais il faut aussi que, par suite d'occupations actives, cet air, largement inspiré, pénètre profondément les vésicules pulmonaires. L'air *intus et extra* semble être le meilleur prophylactique, non pas le curatif, de la phthisie pulmonaire.

Exprimant le regret qu'une centralisation administrative exagérée, et des travaux publics trop considérables entraînent de plus en plus les ruraux vers les villes où sévit surtout la phthisie, au nombre des mesures d'hygiène publique prophylactiques de la phthisie remplissant le mieux ces conditions biologiques, il demande qu'on crée des gymnases gratuits; — qu'on fonde des prix encourageant les citadins à se livrer à tous les exercices de corps; — qu'on ouvre des cours gratuits de chant; — qu'on forme des Sociétés chorales; — qu'on établisse des *sanatoria*, de petites et nombreuses maisons agricoles, bien aérées, bien situées, soit à proximité des grandes villes, soit sur le littoral, soit dans les montagnes plus ou moins élevées, pour y recevoir les personnes délicates, prédisposées à la phthisie; — qu'on donne aux Conseils de salubrité et aux Commissions des logements insalubres la mission de prévenir l'encombrement humain dans les ateliers, et d'exiger air et lumière dans toutes les nouvelles maisons en construction; — qu'on cherche à étendre aux jeunes brodeuses et dentellières,

aux jeunes enfants-ouvriers travaillant prématurément et trop assidûment chez leurs parents, la surveillance autorisée par la loi relative au travail des enfants dans les manufactures; — qu'on donne plus de temps aux récréations et aux exercices physiques dans les lycées, dans les pensions, des récompenses encourageant les élèves les plus agiles, les plus adroits; — qu'on substitue aux casernes urbaines, si fatales à la santé des soldats, les camps ruraux, où les jeunes gens ne seraient retenus que le temps nécessaire à leur instruction militaire, afin d'éviter l'oisiveté de la vie de garnison, également préjudiciable au point de vue phthisiogénique, etc. (Ce travail est renvoyé à la section constituée en commission d'élection.)

—

M. Jules Rochard communique à l'Académie des renseignements qui viennent de lui être adressés par M. le docteur Talairach, médecin de 1re classe de la marine, et desquels il résulte que ce n'est pas, comme on l'a cru jusqu'ici, le *Tænia solium,* mais bien le *Tænia mediocanellata* qui règne à la côte de Syrie; que ce cestoïde y est extrêmement commun, et qu'on retrouve le cysticerque qui lui donne naissance dans la chair musculaire des bœufs de ce pays.

Ces observations ont été faites à Beyrouth, à bord du croiseur le *Du Couëdic,* attaché à la station du Levant.

Ce navire y est arrivé le 9 août dernier, et, au bout de deux mois, sur 152 hommes d'équipage, 19 était atteints de ténia. La plupart des malades en portaient plusieurs; l'un d'eux en a rendu 4 en une seule fois, après avoir pris une forte décoction d'écorce de racine de grenadier; un autre en a rendu 3, dans l'espace d'un mois.

Tous ces cestoïdes ont présenté au médecin-major du *Du Couëdic* les caractères du *Tænia inermis* de Moquin-Tendon, *Tænia mediocanellata* de Küchenmeister (anneaux larges, grisâtres, avec les pores génitaux disposés par séries alternes, tête volumineuse, tronquée, munie de quatre ventouses latérales, dépourvue de rostre et de crochets).

M. Talairach a recherché le *Cysticercus inermis* dans les pièces de bœuf apportées à bord pour la nourriture de l'équipage, et, à la suite de recherches patientes, il a été assez heureux pour le trouver sous forme de petits kystes situés, le plus souvent, à la surface des muscles, plus rarement dans leur épaisseur, presque jamais dans le tissu cellulaire. Ces kystes, plus abondamment répandus dans les psoas et dans les muscles de la cage thoracique que dans ceux des membres, se composaient d'une enveloppe fibreuse résistante et renfermant un liquide au milieu duquel se trouvait un ovule d'un blanc nacré, gros comme un grain de semoule, fortement adhérent à la membrane d'enveloppe et dans lequel le microscope a fait connaître à M. Talairach tous les caractères du *scolex* du *Tænia mediocanellata.*

Ses observations, du reste, ont été contrôlées par M. le docteur Bonnet, médecin principal de la marine, dont les travaux sur le développement de la chique (*pulex penetrans*) sont connus de tout le monde.

M. Jules Rochard fait ressortir l'intérêt que présentent ces observations au point de vue de la géographie médicale et de l'helminthologie. La distribution géographique du ténia laisse beaucoup à désirer. Jusqu'en 1860, en géographie médicale, on ne signalait que deux espèces, le *Botriocéphale* et le *Tænia solium.*

Depuis que Küchenmeister a montré les caractères différentiels qui séparent le *Tænia solium* du *Tænia inermis,* il faut, de toute nécessité, recommencer les observations sur tous les points où la fréquence du ténia a été signalée, afin de reconnaître la variété à laquelle on a affaire.

C'est ce que M. Talairach a fait avec un succès complet pour la côte de Syrie, et, de plus, il a démontré l'origine du *Cysticercus inermis* avec plus de rigueur qu'on ne l'avait fait. En effet, Leuckart et ceux qui l'ont imité n'ont trouvé de cysticerques que sur des veaux auxquels ils avaient fait avaler des fragments de strobile. MM. Cauvet et Jules Arnould ont, il est vrai, trouvé le *Cysticercus inermis,* à Constantine, chez le bœuf, le premier dans le diaphragme et le second dans le filet; mais Leuckart n'a observé qu'une maladie qu'il avait artificiellement produite; il n'a, en fin de compte, trouvé chez le veau que ce qu'il y avait mis; MM. Cauvet et J. Arnould n'ont observé que des faits isolés, tandis que M. Talairach a eu la bonne fortune de pouvoir observer à la fois, et pendant plusieurs mois, le *Tænia inermis* sous ses deux formes, à l'état adulte chez les hommes de son équipage, à l'état de cysticerque dans la viande dont ils se nourrissaient.

—

M. Briquet lit la suite de son rapport officiel sur les travaux relatifs au choléra asiatique, que l'Académie a reçus pour l'année 1875.

Une courte discussion s'engage, à la suite de cette lecture, entre M. Gubler, M. Jules Guérin et M. le rapporteur, au sujet de la théorie tellurique de Pettenköffer et des doctrines de la contagion et de la spontanéité.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 août 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire. — Amputation de la jambe à sa partie moyenne par le procédé à deux lambeaux, de Teale. — Rapports : Thérapeutique du tétanos ; cas de dystocie. — Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus réduite au 79e jour. — Utilité de la compression digitale dans les fistules urinaires périnéales. — Présentation de pièce pathologique : Kyste du rein.

M. Tillaux présente, de la part de son collègue M. Chauvel, absent, une observation d'amputation de la jambe à la partie moyenne par le procédé à lambeaux, de Teale, procédé qui consiste en un grand lambeau antérieur quadrilatère et un petit lambeau postérieur.

Les chirurgiens anglais pratiquent cette opération communément. Ils y trouvent l'avantage que les opérés conservent les mouvements du genou, peuvent se servir d'une jambe artificielle, prendre en marchant leur point d'appui sur le moignon, de manière à pouvoir se passer du vulgaire pilon.

M. Chauvel a pratiqué cette opération il y a deux ans, et le résultat a été des plus favorables. L'amputé se sert continuellement de sa jambe artificielle, sans en souffrir aucunement et en conservant la liberté des mouvements de l'articulation du genou.

M. Tillaux présente, en outre, au nom de M. Chauvel, une seconde observation intitulée : *Suture du tendon du long extenseur du pouce trois semaines après la division de ce tendon à la suite d'une plaie ; échec de la suture.*

M. Verneuil dit que l'amputation de la jambe au lieu d'élection n'est plus aujourd'hui un dogme devant lequel s'inclinent tous les chirurgiens ; au contraire, on s'est habitué à considérer la jambe comme un membre amputable à toutes les hauteurs ; la seule règle est d'amputer assez loin du mal et le plus loin possible du tronc.

Incidemment M. Verneuil rappelle qu'il a proposé depuis longtemps, dans l'amputation de la jambe, de réséquer les nerfs saillants afin d'éviter les névromes ou moignons douloureux ; en règle générale, il faut couper les nerfs qui ne se rétractent pas.

Quant au choix des procédés d'amputation, là n'est pas, suivant lui, la chose essentielle ; ce qu'il y a de plus important, c'est le mode de pansement.

M. Desprès dit qu'il faut avoir égard, dans le choix du procédé d'amputation, à la profession des malades. Bien peu ont les moyens de se procurer une jambe artificielle ; les pauvres sont bien obligés de recourir au pilon, et alors il n'est pas indifférent, comme on le pense bien, d'avoir un long ou un court moignon ; l'amputation au lieu d'élection est, dans ces cas, de beaucoup préférable aux autres procédés, et particulièrement à l'amputation sus-malléolaire qui oblige les opérés à traîner derrière eux un long moignon aussi embarrassant que possible pour la marche.

M. Félix Guyon fait observer que les amputés de la jambe qui se servent du pilon, ne prennent pas impunément, pendant longtemps, un point d'appui sur le genou. Ils sont sujets à divers inconvénients et particulièrement à l'hygroma, qui constitue une affection des plus fâcheuses au point de vue des fonctions du membre. Les amputés de la partie inférieure de la jambe, en particulier ceux qui ont subi l'amputation sus-malléolaire, marchent, au contraire, facilement et solidement au moyen de leur appareil prothétique, en prenant un point d'appui sur le moignon. M. Guyon a pratiqué cette dernière opération chez un individu qui a pu, ensuite, exercer sans inconvénient le métier de charretier, grâce à un bon appareil prothétique. C'est une chose grave que de supprimer les fonctions du genou ; il faut chercher à perfectionner les procédés et les appareils, de manière à permettre la conservation des mouvements de cette articulation. Contrairement à l'opinion de M. Desprès, M. Guyon pense que pour les gens pauvres, les ouvriers qui ont besoin de leurs jambes, il est nécessaire d'amputer le plus bas possible.

M. Le Dentu, à l'appui de ce que vient de dire M. Guyon, déclare avoir vu des amputés de la jambe être atteints d'une série d'hygromas pour s'être servis du pilon.

M. Desprès a vu un amputé qui se servait depuis dix-huit ans du pilon sans le moindre inconvénient ; il ne croit pas que l'on puisse trouver un seul opéré ayant porté pendant un temps aussi long une jambe artificielle ; la plupart des opérés, au contraire, au bout de peu de temps, laissent leur jambe artificielle pour le vulgaire pilon. Seuls les gens riches peuvent se permettre le luxe d'une jambe artificielle, car celle-ci a parfois besoin de réparation, et cette réparation ne peut être faite que par un ouvrier spécial, que l'on trouve seulement dans les grandes villes, tandis que le pilon peut être réparé par le premier charron de village.

M. Desormeaux croit que le pilon a ses indications spéciales comme la jambe artificielle a les siennes. L'ouvrier préférera toujours le pilon, parce qu'il se trouve plus solide dessus. M. Desormeaux a connu un riche fermier qui avait une jambe artificielle et un pilon. Il met-

tait le pilon quand il allait aux champs surveiller ses ouvriers ; il mettait sa jambe artificielle quand il se rendait à la ville. En règle générale, il faut choisir l'appareil prothétique qui convient le mieux à chaque opéré.

— M. Guéniot fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur Ganiez, de Darney (Vosges), et relative à un cas de tétanos traumatique guéri par l'hydrate de chloral.

Le sujet de cette observation est une femme opérée d'une tumeur cancéreuse du sein. Au vingt-deuxième jour après l'opération, elle fut prise de tétanos. Celui-ci fut traité énergiquement par l'hydrate de chloral, car en quarante-huit heures la malade n'absorba pas moins de 25 grammes de ce médicament. Au bout de quatre jours, les accidents avaient notablement diminué, et, au bout de cinq semaines, la malade était complétement guérie après avoir consommé environ 100 grammes de chloral soit en potion, soit en lavements.

M. Guéniot fait remarquer que cette observation n'est pas absolument probante, car on peut dire qu'il s'agit ici d'un cas de tétanos à forme chronique, c'est-à-dire curable et susceptible de guérison spontanée.

— M. Guéniot fait un second rapport relatif à une observation de dystocie par vice de conformation du bassin, adressée par M. le docteur Cauvy (d'Apt).

Il s'agit d'une femme rachitique assistée dans son accouchement par une sage-femme qui, pour accélérer un travail trop long, crut devoir administrer une double dose de 1 gramme 50 à 2 grammes de seigle ergoté. Malgré l'emploi répété de l'ergot, la tête restait toujours au détroit supérieur. Un médecin fut appelé, qui fit inutilement trois applications de forceps.

Lorsque M. Cauvy arriva auprès de la malade, il trouva l'utérus en contraction véritablement tétanique. La tête était enclavée au détroit supérieur, et se présentait sous forme d'une tumeur mollasse dans laquelle on sentait des fragments osseux résultant de la fracture du crâne, produite probablement par les applications réitérées de forceps.

M. Cauvy, saisissant le cuir chevelu avec la main, pratiqua des tractions qui suffirent pour entraîner au dehors la tête et le reste du corps. Mais la malade, épuisée, mourut vingt-quatre heures après sa délivrance.

Cette femme avait déjà eu deux accouchements antérieurs, le premier avec présentation du siége, terminé spontanément ; le second avec présentation de l'épaule, qui fut terminé heureusement par la version. M. Cauvy croit pouvoir tirer de là des conclusions favorables à l'emploi de la version, de préférence à l'application du forceps, dans les cas de dystocie par rétrécissement du bassin. M. Guéniot ne partage pas cette opinion, et pense que le forceps doit être généralement préféré.

Il appelle, en terminant, l'attention sur le grave abus que les sages-femmes et même quelques médecins font de l'ergot de seigle dans les accouchements difficiles, dus le plus souvent à des vices de conformation du pelvis. Le seigle ergoté, dans ces cas, rend l'accouchement infiniment plus difficile et plus meurtrier. On ne saurait trop s'élever contre cette funeste pratique.

M. Lucas-Championnière appuie les remarques de M. Guéniot relativement à l'emploi intempestif du seigle ergoté, trop souvent fait, dans les accouchementts, par les sages-femmes, les élèves des hôpitaux, et même par les médecins.

Il appelle l'attention sur l'efficacité, dans les cas graves de dystocie avec présentation de la tête, de l'emploi du céphalotribe, qui, attaquant la base du crâne par la bouche, permet d'obtenir une réductibilité extrême de la tête qui favorise singulièrement la terminaison de l'accouchement.

(La suite à un prochain numéro.)

Congrès médical international de Genève

Impressions par un Genevois (1)

Il importerait, maintenant, de faire connaître aux lecteurs français quelques-unes des figures les plus remarquables qui se sont réunies au Congrès médical de Genève. Nous nous bornerons à esquisser les portraits des célébrités les plus marquantes de la localité, elles le méritent bien pour les soins qu'elles ont pris pour obtenir une brillante réussite, et par les amabilités de tout genre dont elles ont comblé leurs visiteurs.

Et d'abord, le président de l'œuvre était, chose deux fois étrange, un Allemand, non médecin. On attendait pourtant de trouver au fauteuil un médecin genevois ; mais on n'a rien perdu au change. Le professeur Vogt (Karl) a été choisi, d'abord pour son illustration person-

(1) Suite. — Voir les numéros des 13, 15 et 18 septembre.

nelle, puis avec l'espoir d'attirer les Allemands, ses congénères ; enfin, et surtout, parce qu'il est à Genève une *persond Grata* des gouvernements cantonaux et fédéraux, dont les subsides étaient fort nécessaires, et, dit-on, ont été accordés à cette considération. Il n'est pas nécessaire de rappeler ici ses titres scientifiques, ils sont nombreux. M. Vogt est un très-savant naturaliste; ses écrits sont répandus partout, traduits en plusieurs langues, et son enseignement est, de toute l'Université genevoise, le plus suivi, à ce qu'on assure. Son discours d'ouverture était certainement un peu médité, où les pensées ingénieuses abondaient, mêlées à diverses erreurs. Nous n'en mentionnerons qu'une, et elle a son excuse dans ce fait que l'orateur n'est pas médecin. C'est d'avoir mis à néant le rôle de l'expérimentation dans l'étude et la pratique médicale, comme si les plus grandes découvertes de la médecine n'étaient pas dues à l'expérimentation. Mais il s'agissait d'exalter la vivisection de messieurs les physiologistes, et l'orateur a cru à propos de réduire à l'observation le rôle des médecins. A l'entendre, on comprend au premier mot qu'on a affaire à un homme *très-fort*, qui en sait long sur toutes les branches du savoir, qui a réponse à tout; il ne lui manque rien qu'un organe moins désagréable et une figure plus sympathique à un public français. Quant aux Genevois, ils le respectent comme savant, mais en ont horriblement peur. Dans une des fêtes offertes avec une splendeur prodigue au Congrès tout entier, dans une de ces magnifiques campagnes qui dominent le lac de Genève, à la suite d'un toast sérieux et bien senti dans sa brièveté, porté par un délégué de Bruxelles à l'honorable famille dont le Congrès tout entier était l'hôte, combien le tact et l'urbanité française ont été choqués d'entendre la voix stridente du président lui-même articuler un vulgaire proverbe, et se permettre de fades jeux de mots sur le nom de la famille qui recevait trois cents personnes, et qui les traitait splendidement. Le moindre médecin de village français n'aurait pas commis cette violation des simples lois de la politesse. Ce n'est là qu'un détail; l'essentiel est qu'une des grandes célébrités allemandes de l'époque a présidé un Congrès international..... auquel les Allemands ont totalement fait défaut.

Présentons maintenant aux lecteurs le docteur Lombard, vice-président du Congrès et président de la section d'hygiène publique. Ce docteur est un petit vieillard, frais comme la rose, vif comme un jeune homme, infatigable travailleur, auteur d'une quantité d'ouvrages plus ou moins étendus sur des questions de tout genre, et tout récemment d'un traité de climatologie qui n'a pas moins de quatre gros volumes, et où il retrace probablement tout ce qu'on sait sur cette matière importante, si longtemps délaissée. Au savant, se joint en lui le philanthrope, l'homme religieux, actif et de sa personne et de sa bourse pour créer des écoles et subventionner tout ce qui est bon et honnête. Ses formes bienveillantes attirent une sympathie universelle. Tel est Lombard, et puisse-t-il durer encore longtemps, ce que tout fait présager, car, depuis quarante ans, il n'a pas changé et il a près du double. Qu'il travaille jusqu'à son dernier jour, cela n'est pas douteux pour qui le connaît, il est du nombre de ces hommes qui font semblant de quitter le métier, mais pour trimer comme des nègres dans le champ de la science; c'est sa manière de se reposer de la pratique de l'art.

Le docteur Revilliod, qui a présidé la section de médecine, est une de ces bonnes têtes à qui tout est facile, qui traitent une matière quelconque en écartant les broussailles et en s'attaquant d'emblée au point capital, et là ils résolvent avec entraînement les questions que le sujet soulève. Tel est, pour en donner un exemple, le procédé qu'a suivi ce praticien pour exposer le traitement chirurgical du croup, dans lequel il a obtenu un nombre inusité de succès, et qui trouve en lui en ce moment et avec raison le spécialiste le plus couru. Il y a un demi-siècle, cet homme, distingué autant par son savoir que par son caractère, aurait passé sa vie à discuter de minimes et fatigantes chamailleries de politique locale, à ferrailler contre les mauvais génies qui abondent dans les petits Etats comme dans les grands, car il appartenait par la naissance à la classe gouvernementale. Heureusement pour lui, et pour nous, la démocratie est venue, qui a mis les horlogers sur les fauteuils de la magistrature, et Revilliod, qui n'était pas d'humeur à se faire journaliste, encore moins à rester oisif, est devenu médecin. On ne peut que l'en féliciter.

Le docteur Mayor, président de la section de chirurgie, est aussi un des praticiens renommés de la ville; on est chirurgien-né dans cette famille, et tout annonce que cette voie ne sera pas abandonnée, c'est un bel héritage qui se transmet de père en fils. M. Mayor est un de ces caractères qui ne cherchent pas la popularité, qui, par une certaine brusquerie, semblent même lui dire de s'adresser ailleurs, et qui, par cela même, l'obtiennent jusqu'au point d'en être fatigués. Que ne donnerait-il pas, s'il l'osait, pour dire à ce tas d'électeurs indiscrets qui le portent et le reportent sans cesse sur leurs listes insipides, à tous les corps éligibles quelconques, pour leur dire de le laisser en paix à la pratique d'un art où il n'a que des succès. Hélas! rien n'est tyrannique comme l'état républicain, et le goût de la popularité est contagieux, on la déteste d'abord et l'on finit par ne pas pouvoir s'en passer. L'influence est toujours douce à exercer, mais elle fatigue, absorbe et use l'existence. Que faire à cela? Se mul-

tiplier, faire ce qu'on aime la moitié du temps, et l'autre moitié ce qui plaît au parti qu'on représente. C'est là un des inconvénients des petits Etats, on manque d'hommes présentables, et quand on a le bonheur d'en tenir un, on abuse de lui, on le met à toute sauce, on l'arrache à ses études de cabinet, à ses travaux de praticien pour l'envoyer dans des conseils, au milieu de toutes les personnalités vulgaires, déléguées par les masses ignorantes, s'occuper d'ennuyeux détails qui ne les intéressent pas. M. Mayor a dû souvent subir cette loi; il honore toujours les corps dont il fait partie, mais il ne tire d'eux aucun lustre, il leur communique sa respectabilité..... à supposer (ce que je n'affirme pas) qu'ils en aient besoin.

(*A suivre.*) B.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session de 1877 — Congrès du Havre (1)

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

M. Fieuzal communique le résultat de sa pratique sur la valeur de la tarsorrhaphie dans les ectropions invétérés. Il est arrivé à cette conviction, basée sur des observations, que, dans les ectropions cicatriciels invétérés, la tarsorrhaphie est un moyen très-utile, mais insuffisant, pour restaurer des paupières tenues ouvertes par le tissu cicatriciel. Il pense, contrairement à l'opinion de M. Verneuil, qu'on ne peut venir à bout de surmonter la rétraction cicatricielle qu'en faisant d'abord la tarsorrhaphie, et en adjoignant à ce procédé, mis en honneur par notre compatriote Mirault (d'Angers), la blépharoplastie, et, dans bon nombre de cas, la greffe dermo-épidermique et les sutures de Spellen. A l'aide de la combinaison de ces divers procédés, il pense qu'on peut affirmer aujourd'hui ce qui, naguère, était une contre-vérité, qu'il n'y a pas d'ectropion qui soit au-dessus des ressources de l'art. M. Fieuzal cite à l'appui de sa manière de voir cinq observations qui lui permettent de justifier l'emploi des moyens sus-indiqués pour mettre fin à des ectropions contre lesquels une première tarsorrhaphie s'est constamment montrée impuissante.

M. Courty s'occupe du traitement palliatif du cancer de l'utérus. Les tumeurs cancéreuses et épithéliales sont le produit d'une altération de nutrition des éléments anatomiques. Ce qui fait leur malignité, nous ne le savons guère, et nous ne pourrions dire quelle différence histologique profonde sépare une végétation syphilitique sans gravité d'une tumeur épithéliale dont nous connaissons la terminaison funeste. Pourrait-on seulement dire comment telle production épithéliale de la peau, bénigne et stationnaire, donne naissance à un moment, et par transition insensible, à des formes graves et qui emportent le malade? Certains épithéliums de la face ne nous en offrent-ils pas des exemples frappants, et le fait n'est-il pas démontré par le psoriasis lingual, qui dégénère en épithélium?

De ces idées générales découle le mode de traitement palliatif. Il faut donner aux malades l'alimentation la plus riche possible, les mettre aux préparations arsenicales, puis instituer le traitement local. Si l'épithélium est intra-utérin, il faut, comme l'ont fait MM. Gallard et Richet, attaquer la tumeur avec des caustiques. Mais ces cas sont fort graves et heureusement fort rares. On réussit mieux quand il s'agit du cancer du col, non étendu aux parois vaginales. Dans une première opération, il faut alors enlever la partie saillante de la tumeur; puis, dans une seconde, en attaquer la base même avec le thermo-cautère. On fait une véritable amputation du col. Lorsque la racine de la tumeur n'a pas été enlevée, on se trouve en présence d'ulcères qui doivent être attaqués énergiquement par les caustiques : le chlorure de zinc, puis la pâte de Canquoin. Le point le plus important peut-être du traitement consiste dans le pansement quotidien, les attouchements avec l'iodoforme, la poudre des frères Côme ou de Rousselot, trop abandonnée aujourd'hui. Le mode d'application doit en être fait avec soin. La femme est mise dans la position préconisée par Bowmann. Le col de l'utérus devient très-rapproché de l'orifice vulvaire, et l'on peut facilement appliquer la poudre caustique arsenicale. Si les malades ne sont pas guéries par le traitement, elles sont au moins fort soulagées, et leur vie est notablement prolongée.

M. Henrot lit un travail sur la lymphorrhagie bronchique, dont voici les conclusions :

1° Il peut se produire dans le cours d'une pneumonie, et probablement aussi dans le cours de la pleurésie, une complication caractérisée par la formation dans les bronches, du côté atteint, de concrétions leucocyto-fibrineuses non tubulées, compactes, parsemées de petites vésicules aériennes. Cette concrétion est le résultat d'une exsudation fibrineuse et d'une dia-

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 6, 13 et 18 septembre.

pédèse des leucocytes du sang ou de la lymphe à travers les parois extrêmement fines des capillaires et des bronchioles ; il propose de donner à cette complication, qui a des symptômes et une marche absolument distincts, le nom de leucocythorrhagie, ou plutôt de lymphorrhagie bronchique.

2° La lymphorrhagie bronchique est caractérisée :

a. Par une dyspnée non en rapport avec le degré de l'étendue de la maladie première ;

b. Par des quintes de toux expulsives extrêmement fatigantes, se prolongeant sans interruption jusqu'à l'expulsion de la concrétion ;

c. Par des accès de suffocation, avec angoisse précordiale et commencement de cyanose ;

d. Par de la matité, de la diminution, puis de l'absence complète de murmure vésiculaire

e. Par des bruits de soupape qui s'entendent tantôt dans les deux temps de la respiration, tantôt à l'expiration seulement et par des bruits de *quacquac ;* ces bruits sont passagers ;

f. Par l'expectoration de concrétions non canaliculées, finement ramifiées, infiltrées de fines bulles d'air, sans tendance aucune à l'organisation ;

g. Enfin, par la disparition instantanée de la matité pulmonaire et le brusque retour du murmure vésiculaire à la suite de l'expulsion des concrétions fibrineuses.

Ce signe est absolument pathognomonique de la lymphorrhagie bronchique.

3° Le fait clinique qui ressort d'une façon indiscutable de cette étude, est que l'oblitération des bronches par des concrétions leucocyto-fibrineuses, donne une matité aussi considérable, une absence de murmure vésiculaire aussi complète que l'épanchement pleural le plus évident ; qu'en conséquence, la thoracentèse, sous peine de blesser le poumon, ne doit être tentée que lorsqu'on a acquis la certitude que ces deux signes importants ne sont pas produits par des concrétions, mais bien par la présence d'un liquide dans la plèvre. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

Traitement du delirium tremens. — Nicholson.

Aux malades atteints de *delirium tremens,* Nicholson prescrit d'emblée 0 gr. 10 centigr. de morphine, et il y ajoute, de deux heures en deux heures, des doses de 0 gr. 05 centigr., si le narcotisme cesse. En général, le malade dort profondément après la seconde dose, et se réveille guéri. Pendant une assez longue pratique dans les Indes anglaises, Nicholson dit avoir traité environ 50 cas, sans un seul insuccès. Deux malades, qui succombèrent, n'avaient pas été traités par la morphine.

Le lupulin, à haute dose, a été également préconisé contre le délire alcoolique. Un buveur, qui était atteint depuis dix jours d'insomnie, en prit 3 drachmes (11 gr. 70 centigr.) toutes les deux heures, dans 8 onces de bière, et c'est après en avoir ingéré trois fois cette dose, dans l'espace de huit heures, qu'il commença à dormir. La dose habituelle est de 2 drachmes (7 gr. 80 centigr.) toutes les deux heures. — Dans 6 cas, ce mode de traitement a été suivi de succès. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 20 Septembre 1787.

Naissance de Lejumeau de Kergaradec. L'on sait que ce savant homme, membre de l'Académie de médecine, s'est à jamais illustré par la découverte qu'il fit de certains bruits stéthoscopiques propres à faire reconnaître l'existence d'un fœtus dans la cavité utérine. — A. Ch.

Le tueur de vipères. — Les journaux du département de Saône-et-Loire relatent depuis quelques semaines les exploits d'un chasseur de vipères, nommé Casimir Perrier, qui détruit des quantités considérables de ces dangereux animaux.

Ce chasseur, plus utile que beaucoup de ses confrères en saint Hubert, fait ses courses en compagnie de deux chiens dressés à la recherche de ce dangereux gibier.

En trois jours, du 8 au 11 septembre, Perrier a détruit 470 vipères, et le 11, dans une seule après-midi, il en a tué 226. C'est là un beau résultat.

— Une épée d'honneur va être offerte, par les habitants de l'île Molène, à M. Danguy-Desdéserts, médecin de marine de 1re classe du port de Brest, en témoignage de reconnaissance des soins qu'il leur a donnés, pendant l'épidémie de typhus qui a sévi dans cette île, il y a quelques mois.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

IX

Un second ordre de cas se présente. Mandé dans une famille, nous trouvons : 1° Un nourrisson infecté de syphilis, et infecté d'une façon manifestement héréditaire; — 2° la nourrice de cet enfant infectée également de syphilis, et infectée de telle façon (précisons bien cela immédiatement pour éviter tout embarras) qu'il n'est pas à élever de doutes sur l'origine de sa maladie; c'est de l'enfant, de toute évidence, qu'elle a reçu la contagion.

La situation est tout autre, comme vous le voyez, absolument différente de celle que nous avons étudiée précédemment. Dans le premier ordre de cas, une de nos préoccupations principales devait être de sauvegarder la nourrice. Ici, rien de semblable. Le mal est fait; la nourrice est contagionnée. Quelle conduite nous reste-t-il à tenir dans ces conditions nouvelles?

Théoriquement, d'abord, nous avons à faire ceci :

1° Traiter l'enfant;

2° Conserver la nourrice;

3° Traiter cette nourrice.

Quelques commentaires sur ces divers points :

1° *Traiter l'enfant*, cela va de soi.

2° *Garder la nourrice*. C'est là le meilleur parti à prendre, le meilleur pour l'enfant, pour la nourrice, pour tout le monde; — pour l'enfant, car il aura de la sorte la seule nourrice qui lui convienne, à savoir, une nourrice qui n'a plus rien à craindre de lui; — pour la nourrice, qui ne saurait plus avoir d'autre nourrisson, et qui, restant dans la famille, y trouvera la possibilité d'utiliser son lait, d'abord, et ensuite d'être traitée comme il convient; — pour tout le monde, parce que, con-

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 19, 31 mai, 26 juin, 7, 30 août et 4 septembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Pourquoi donc ne publie-t-on nulle part le discours prononcé par M. Karl Vogt à l'inauguration du Congrès de Genève? On dit de tous côtés que ce discours est original, humoristique, spirituel, mais très-peu révérencieux envers la médecine et ses prétentions scientifiques. Il serait curieux de voir cela de près. N'est-il pas singulier, d'abord, d'avoir donné la présidence d'un Congrès exclusivement médical à un savant qui n'est pas médecin? Je n'ai pas davantage compris ce que nous disait hier notre honorable correspondant, à savoir, qu'à Genève on a peur de M. Karl Vogt. Peur de quoi et pourquoi? Et qui est-ce qui a peur? Est-ce les médecins, par hasard? Ce n'est pas sans doute parce que M. Karl Vogt ne croit pas que la médecine soit ou puisse devenir une science. Cette thèse reprise par M. Karl Vogt, qui n'est pas médecin, a été soutenue en plein grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, et dans une séance solennelle de rentrée, par un de ses plus célèbres professeurs, par Trousseau, qui, lui, ne croyait qu'à l'empirisme, dont il a vainement tenté d'ailleurs de donner une définition acceptable, quoiqu'il ait fait sur ce sujet une conférence éloquente et fort applaudie. Seulement, je me permets de faire observer que Trousseau était un juge compétent, expérimenté, qu'il était de la partie, comme on dirait à l'atelier; tandis que M. Karl Vogt, où donc a-t-il acquis compétence et expérience pour savoir que la médecine ne peut être une véritable science?

Et pourquoi, s'il vous plaît? Parce qu'il n'y a de science véritable, dit le savant professeur

servant sa place, la nourrice n'ira pas en chercher d'autre et ne risquera pas de porter ailleurs la contagion.

3° *Traiter la nourrice.* Puisqu'elle a pris la syphilis, il faut l'en traiter et essayer de la guérir. Cela pourrait sembler inutile à dire, n'est-ce pas? Eh bien, pas du tout. Il n'est pas impossible, en effet, que vous rencontriez des résistances sur ce point, des objections tout au moins. Plusieurs fois, dans de telles conditions, j'ai entendu des parents me dire : « Mais si vous traitez la nourrice, si vous lui donnez du mercure, n'allez-vous pas altérer ou diminuer son lait? Notre enfant n'en souffrira-t-il pas? » Répondez catégoriquement à cela, Messieurs, que d'abord un traitement mercuriel sagement administré ne modifie en rien (ce qui est l'exacte vérité) la quantité ou la qualité du lait, et qu'ensuite, eût-il même ce très-grave inconvénient dans l'espèce, il faudrait encore passer outre, car la nourrice est une malade et a besoin d'être traitée comme telle, car la nourrice a droit, de notre part, aux mêmes soins et à la même attention que l'enfant. Traiter l'enfant et ne pas traiter la nourrice serait une situation dont s'accommoderait fort bien l'égoïsme de certains parents, mais que nous, médecins, nous répudions de la façon la plus formelle, la plus énergique.

Théoriquement, voilà ce que nous avons à faire, et nos devoirs se bornent là.

Mais venons à la pratique. Allons-nous pouvoir tranquillement et sans encombre appliquer de point en point le programme que nous venons de formuler? Ne l'espérez guère, Messieurs. Ce n'est pas ici que les choses se passent simplement, ni surtout placidement. La situation est encore des plus tendues. Elle est pleine d'orages, je vous en préviens, d'orages qui vont éclater non pas sur nous assurément, mais à côté de nous, et parfois même rejaillir jusqu'à nous.

L'ordre de cas, en effet, que nous préparons à étudier est l'origine habituelle de ces si nombreux procès entre nourrices et familles de nourrissons. De plus, il abonde, pour ce qui nous concerne, en embarras, en surprises, en difficultés de tout genre. Il a été plusieurs fois l'origine d'erreurs ou même de fautes regrettables, que certains de nos confrères ont rudement expiées devant les tribunaux.

Donc, ici comme précédemment, je dois m'attacher à bien vous montrer les écueils où le médecin novice encore dans ces questions spéciales risque d'aller se heurter et devant lesquels pourrait sombrer sa jeune expérience. De même aussi je m'efforcerai de vous préciser, comme je les conçois, les règles à observer dans l'ac-

---

de Genève, que celle qui est basée sur l'expérimentation, et qui peut reproduire à volonté les phénomènes dont elle s'occupe.

Cette définition de la science ne peut être acceptée en philosophie naturelle. A ce compte, l'astronomie n'est pas une science, car elle ne peut reproduire aucun des phénomènes qu'elle observe. Et la géologie peut-elle reproduire les grands cataclysmes qui ont bouleversé la terre? Et la météorologie peut-elle à son gré faire la pluie et le beau temps?

Mais, qui a donc fait croire à M. Karl Vogt qu'on n'expérimente pas en médecine? On ne fait que cela, grand Dieu! et d'aucuns s'en fâchent tout rouge. Il n'y a pas une médication, un médicament, qui ne soit aujourd'hui l'objet d'une expérimentation, soit sur l'homme, quand l'expérimentation est sans danger, soit sur les animaux, quand elle peut être dangereuse. On publie des livres sous ce titre, Monsieur Karl Vogt : *Traité de thérapeutique expérimentale.* Il n'y a donc pas qu'en physiologie, qui paraît avoir toutes les tendresses de M. Karl Vogt, qu'on expérimente. Personne, à ma connaissance, ne conteste les avantages et l'utilité de l'expérimentation en toutes choses où elle est possible. Notre Claude Bernard a converti tous les esprits sérieux à sa méthode, quoiqu'il ait des adeptes et des imitateurs qui n'ont ni sa prudence ni sa réserve. Notre grand physiologiste peut entrevoir et espérer une époque où la physiologie ne sera qu'une branche de la physique et de la chimie, mais il sait que cette époque n'est pas encore arrivée, il reconnaît et il déclare que tous les phénomènes de la physiologie ne sont pas encore réductibles aux forces physico-chimiques; mais personne n'oserait aujourd'hui se prononcer, à l'Académie de médecine, contre l'expérimentation, l'éloquent et spirituel discours qu'y prononça le regrettable professeur Malgaigne, dernière manifestation de cet esprit charmant qui n'a pas encore été remplacé à la tribune académique.

Mais je discours un peu en l'air et à l'aventure, ne connaissant pas le texte du discours de

complissement des devoirs ardus et complexes que cette situation nouvelle va vous imposer.

X

La scène se présente de la façon suivante : Vous venez d'examiner un nourrisson que vous avez trouvé affecté d'une syphilis héréditaire et une nourrice que cet enfant a contagionnée. Votre examen terminé, vous voici dans une chambre voisine en tête-à-tête avec le père de l'enfant, qui attend anxieusement votre arrêt. Cet arrêt, vous le formulez dans toute sa triste vérité, dans toute sa rigueur. Alors, désolation, lamentations de votre client, qui, après s'être frappé la tête et avoir fait cent réflexions qui eussent été mieux à leur place avant les fiançailles qu'après l'accouchement, se retourne vers vous comme vers un sauveur, et vous dit : « Mais enfin, docteur, que faire? Que faire dans cette situation désolante, épouvantable? »

A cela voici ce que vous répondrez, si toutefois vous adoptez mon système et le plan de conduite que je vous propose :

« En ce qui me concerne, Monsieur, je n'ai, moi, qu'une chose à faire ; c'est de formuler une double prescription pour votre enfant et sa nourrice.

« Mais, en ce qui vous concerne, vous personnellement, pour me permettre d'être utile dans les circonstances actuelles, vous avez à faire les trois choses que voici : *Avouer; — payer ; —* et, si possible, *conserver la nourrice.*

« *Avouer*, c'est-à-dire déclarer à la nourrice la situation actuelle, lui révéler le malheur qui l'a frappée du fait de votre enfant, par conséquent de votre fait à vous ;

« *Payer*, c'est-à-dire indemniser comme il convient cette nourrice à qui vous avez donné la vérole ;

« *Conserver*, *si possible*, *la nourrice*, c'est-à-dire faire tous vos efforts pour que cette nourrice veuille bien continuer à donner le sein à votre enfant. C'est là le résultat principal, essentiel, auquel vous devez viser; et trouvez-vous trop heureux si vous pouvez y parvenir. »

Votre client, tout d'abord, jettera les hauts cris, à première audition de ce qui précède. Laissons-le se récrier tant qu'il voudra, et discutons ensemble, Messieurs (comme d'ailleurs vous le discuterez avec lui), le programme en question.

Ce programme comprend trois points qu'il nous faut examiner avec soin :

1° « *Avouer.* » — Et, en effet, il n'est que cela à faire, de quelque côté que vous

---

M. Karl Vogt. Ne retenez de ceci que mes deux étonnements : le premier, que M. Vogt, très-savant naturaliste, mais non médecin, ait été choisi pour président d'un Congrès médical international ; le second, que M. Vogt, non médecin, ait prononcé un discours d'appréciation de la science médicale.

Ce qui manque à toutes nos discussions, ce qui les allonge et les éternise, ce qui les rend très-souvent stériles, c'est que nous manquons de bonnes définitions.

Trousseau, dont je parlais tout à l'heure, acceptait pour son empirisme la définition étymologique, et le faisait dériver de ἐμπειρία, expérience. Mais l'expérience, Trousseau le savait bien, n'est pas l'expérimentation. L'expérience est un résultat, l'expérimentation est un acte. L'expérience est la conséquence et le fruit d'une observation intelligente et plus ou moins souvent répétée. L'expérimentation a pour prétention de contrôler l'expérience et l'observation. L'observation prend le fait tel qu'il se présente ; l'expérimentation provoque le fait et le suscite. Tout cela a été dit et mieux dit, et là n'est pas la question. La véritable question, la voici :

Quelle est la valeur scientifique relative du fait d'observation et du fait expérimental?

En d'autres termes, les corollaires tirés des faits d'une longue, patiente et sévère observation, sont-ils aussi légitimes que ceux tirés d'une habile et rigoureuse expérimentation ?

En d'autres termes encore, et pour nous rapprocher davantage du thème de M. Karl Vogt, les faits cliniques ont-ils la même importance que les faits expérimentaux ?

Depuis le commencement du monde, ces questions sont agitées, le seront éternellement, et recevront des solutions diverses selon les principes et les méthodes qui dirigent ou qu'emploient les savants. En médecine, pour ne pas sortir de notre domaine, ces questions ont de tout temps tourmenté et divisé les esprits. Dès les temps hippocratiques, il y avait déjà deux

envisagiez les choses. Force est bien de commencer par éclairer la nourrice sur la situation, de lui révéler la maladie qu'elle a contractée, en lui proposant les moyens de la combattre.

C'est pourtant sur ce premier point que vous rencontrerez d'habitude le plus de résistance de la part de votre client. Avouer! Cela lui paraît impossible. Son amour-propre, sa dignité, se révoltent à cette pensée. Confesser une telle maladie! Et la confesser à qui? « A une femme à gages, à une mercenaire, quelque chose comme une domestique! » Et tout aussitôt il vous proposera diverses échappatoires, pour se dérober à une humiliation de ce genre. « Voyons, vous dira-t-il, ne pourrait-on pas trouver autre chose? Ne pourrait-on pas, par exemple, traiter la nourrice *sans rien lui dire*, ou bien en donnant un *autre nom* à la maladie? Quant aux remèdes, on s'arrangera. N'est-il pas des pseudonymes honnêtes pour administrer le mercure *sans qu'on s'en doute?* Etc., etc... »

Eh bien non, cent fois non. Hâtez-vous, Messieurs, de combattre ce premier mouvement d'un homme qui s'égare; repoussez tous ces misérables faux-fuyants. Et conseillez en pareil cas le seul parti qui soit à prendre, le seul parti *honnête* et *utile* à la fois qui soit de circonstance, à savoir, l'aveu franc et net de la situation.

Car, si l'aveu n'est pas une réparation, assurément du moins c'en est l'exorde nécessaire. Tandis que dissimuler ne ferait qu'ajouter une faute à une faute, et compliquer une situation déjà bien critique et bien pitoyable.

« D'ailleurs — et dites bien ceci à votre client — à quoi pourrait aboutir, comme résultat final, la dissimulation? Est-ce que tôt au tard la vérité ne se ferait pas jour? Est-ce que cette nourrice n'a pas de soupçons déjà, de par ce qu'elle a vu sur l'enfant et de par les symptômes qui se sont produits sur elle-même? Est-ce qu'elle ne cherchera pas à convertir ces soupçons en certitude? A la première occasion, elle vous demandera une sortie de quelques heures et courra chez un médecin, lequel lui révélera la maladie dont elle est atteinte. Et ce sera bien pis alors! Doublement indignée, à juste titre, et de la contagion qu'elle a subie par votre fait et de votre procédé à son égard, elle ne remettra plus les pieds chez vous, d'abord; et, ensuite, elle n'accroîtra que davantage ses prétentions au trop juste dédommagement que vous lui devez. Croyez-moi; elle n'est ni femme ni villageoise pour rien. Et ce n'est ni vous ni moi (quand bien même j'entrerais dans vos vues, autant que je m'en sépare) qui arriverions à la tromper. Donc, tant au point de vue de l'utile que de l'honnête, *procédez de bonne foi*. La bonne foi, ici comme ailleurs, vaut mieux

---

écoles rivales, et il serait banal de rappeler que la philosophie médicale de l'école de Cnide n'était pas la même que celle de Cos.

Pourquoi ces divisions, ces divergences, cet antagonisme, entre l'observation et l'expérimentation? Ces deux procédés ne sont-ils pas également bons et fructueux? Y a-t-il une science qui se soit fondée toute seule, sans le secours des faits, et, par conséquent, sans observation? Non, il n'y a pas de science à génération spontanée. Si nous ne savons guère que par conjecture ce que savaient les habitants de notre planète dont on trouve les débris dans les terrains tertiaires, on peut assister depuis les temps historiques au merveilleux spectacle de la naissance et du développement de la plupart des sciences, et l'on voit que toutes celles que l'on peut suivre ainsi dans leur cycle évolutif, sont nées de l'observation d'abord, se sont perfectionnées ensuite et, quand elles l'ont pu, par l'expérimentation. Les pasteurs de la Chaldée prédisaient déjà, dit-on, les éclipses. C'était l'observation seule qui les avaient conduits à cette connaissance. Par contre, combien de siècles se sont écoulés depuis qu'un des sages de la Grèce observa qu'un morceau d'ambre frotté attirait les corps légers; que de temps depuis l'observation de ce fait primordial d'une science que l'expérimentation a conduite à la lumière électrique, au télégraphe électrique et à tant d'autres admirables applications aux arts et à l'industrie!

Un esprit sage et conciliant fera toujours sa part légitime aux deux procédés par lesquels l'esprit humain arrive à la connaissance, l'observation et l'expérimentation. C'est dans ce départ équitable, dans le choix qu'il faut faire de l'un ou de l'autre procédé ou des deux procédés, selon le sujet d'étude, qu'il convient d'avoir recours à un autre procédé dont on a beaucoup abusé, c'est vrai, mais dont on a beaucoup médit aussi, je veux dire l'éclectisme qui, dans toute tête bien organisée, s'impose fatalement dans les principales actions de la vie.

que l'habileté. D'autant, je vous le repète, que votre intérêt bien entendu, comme je vous le démontrerai dans un instant, est de ménager cette femme et de tout faire au monde pour la conserver chez vous. »

Tel est le conseil, Messieurs, que vous aurez à donner en pareil cas. Et vous ne sauriez en donner d'autres.

J'insiste sur ce point, car c'est ici surtout que des erreurs, des *fautes* ont été commises ; c'est ici que quelques-uns de nos confrères se sont laissé entraîner par l'influence de leurs clients hors du sentier qu'ils devaient suivre. Voyez donc bien, voyez à fond ce à quoi l'on aboutit, alors que l'on consent à suivre les familles dans la détestable voie de la dissimulation vis-à-vis de la nourrice.

D'abord, on est forcément conduit, comme premier pas, à *tromper la nourrice sur la nature de son mal*, à voiler la syphilis sous quelque pseudonyme de fantaisie, tel que : « dartre, gourme, éruption, échauffement de sang, etc. » — Premier mensonge.

En second lieu, comme force est bien de traiter cette nourrice, on est amené à *la tromper également sur la nature des remèdes* qu'on lui fait prendre, à décorer par exemple des pilules mercurielles du nom de « grains de santé, pilules rafraîchissantes », ou des sirops iodurés du nom de « sirop tonique, sirop dépuratif, sirop anti-glaireux (historique et textuel), etc. » — Mensonge sur mensonge. — Et, disons-le immédiatement, quelle situation alors pour un médecin! Que devient la dignité professionnelle dans cette comédie, dans ce pitoyable échafaudage de ruses et de fraudes vis-à-vis de la nourrice?

Et ce n'est pas tout encore. Troisième et plus grave conséquence : Comme tout s'enchaîne dans un système, qu'arrivera-t-il si, par suite d'un accident quelconque, la nourrice vient à quitter la maison, soit pour aller retrouver son mari, soit pour prendre un autre nourrisson? Il arrivera ceci, que cette femme, inconsciente de son mal et des dangers qu'il comporte, ira en toute confiance infecter son mari ou porter la vérole dans une autre famille! Déplorable résultat dont je n'aurais à citer que de trop nombreux exemples.

Enfin, il est une autre considération (celle-ci purement médicale) qui doit encore trouver place ici et qui achève de condamner le système en question. Ainsi que j'ai eu déjà l'occasion de vous le dire plusieurs fois dans nos conférences de cette année, il y a un intérêt majeur pour tout sujet affecté de la vérole à *savoir qu'il a la vérole*, à en être bien et dûment averti. Vienne, en effet, à surgir sur ce malade, dans un avenir plus ou moins éloigné, tel ou tel de ces accidents viscéraux de la diathèse

---

Je vous demande un peu, à moins d'être un véritable étourneau, qui se décide sans appréciation, sans jugement, sans choix? Et qu'est-ce que cela, sinon de l'éclectisme? Je ne vois vraiment pas pourquoi on a fait un si gros procès à l'éclectisme qui n'est, en dernier résultat, qu'une application, qu'un emploi d'une des plus précieuses facultés de l'esprit humain, le jugement. Juger, c'est comparer; se décider après comparaison, c'est faire de l'éclectisme. Qui donc alors n'est pas éclectique? Il est vrai qu'on juge bien ou mal, qu'on compare bien ou mal, qu'on se décide bien ou mal. Mais il en est ainsi de tout autre procédé : on observe bien ou mal, on expérimente bien ou mal, on conclut bien ou mal. C'est qu'on a de bons ou de mauvais yeux pour voir; pour expérimenter, une main habile ou maladroite, et, pour conclure, un jugement juste ou faux.

De sorte que celui qui cherche la vérité absolue..... Mais je ne veux pas conclure moi-même, et je vous laisse ce soin, ami lecteur.

Voyez donc où m'a conduit une seule pensée attribuée à M. Karl Vogt! J'avoue qu'en prenant la plume je ne m'attendais guère à pouvoir ainsi m'échapper par la tangente dans une arène philosophique, si l'on peut appeler philosophiques quelques idées non méditées ni préméditées échappées à un humble chroniqueur qui, dans cette morte-saison pour la chronique, se rattrape à toutes les branches et qui, certainement, n'a pas voulu commettre l'imprudence de provoquer l'humour, l'esprit et le talent de l'éminent professeur de Genève. Je n'ai qu'un espoir, c'est que ces lignes, sans malice et sans fiel, passeront de lui inaperçues. M. Karl Vogt est un des chefs, et le chef le plus accentué peut-être de l'école que j'appelle l'école nihiliste. Peu m'en soucie. En restant sur le domaine de l'histoire naturelle, où il est un des maîtres,

qui, pour ne plus rien présenter de spécial comme symptômes, n'en comportent qu'une gravité plus grande, il importe que ce malade puisse éclairer son médecin sur ses antécédents et le diriger dans la voie du diagnostic, tout au moins ne pas l'en détourner. Il importe qu'interrogé par nous sur son passé, il puisse nous répondre : Oui, j'ai eu la vérole autrefois, à telle époque. S'il ne sait pas qu'il a eu la vérole, il ne le dira pas, nécessairement; bien mieux, il dira et il affirmera le contraire. Il nous égarera, il nous entraînera loin du diagnostic, et, conséquemment, loin du seul traitement qui puisse être utile en l'espèce. Il aurait eu chance d'être sauvé par la seule notion de ses antécédents spécifiques; il pourra payer *de sa vie* l'ignorance de ces antécédents.

Or, tel sera exactement lé cas de cette nourrice si vous commettez la faute de lui tenir cachée la nature de sa maladie.

Voyez donc jusqu'où peuvent s'étendre les conséquences d'un mauvais système; voyez combien les intérêts de la nourrice, sans parler des vôtres, se trouveraient lésés, à des points de vue divers, par la *dissimulation* que sollicitent de vous certaines familles, et jugez s'il vous est permis de vous laisser engager dans cette voie.

En résumé : Illusoire en fait, immoral, préjudiciable comme conséquences d'avenir, également compromettant pour la famille et le médecin, tel est le système de la dissimulation; voilà ce qu'il vaut.

A aucun prix, donc, le médecin ne peut s'y prêter. Car il faut avant tout, par dessus toute considération, que le médecin respecte les intérêts de ses malades, aussi bien ceux d'une nourrice que de tout autre; et il ne faut pas moins qu'il se respecte aussi lui-même, en agissant, ici comme ailleurs, honnêtement, loyalement, simplement.

Pas de transaction possible sur ce point, Messieurs. Et si une famille prétendait exiger de vous en pareille occurrence le sacrifice de vos convictions et de votre dignité, n'hésitez pas, brisez net, déclinez la situation qu'on cherche à vous imposer, *retirez-vous*.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

---

il a rendu de grands services à la science; j'ai fait tous mes efforts pour m'en souvenir, en ne parlant qu'avec déférence de ce savant illustre et de ses opinions.

D[r] SIMPLICE.

P. S. — Autre erreur des grands journaux, qui répètent tous les jours à l'envi : Les hirondelles sont parties, voilà l'hiver! — Depuis plus de quinze jours que les grands journaux impriment cela, pas une hirondelle ne nous a heureusement quittés. Tout à l'heure encore, aux rayons d'un pâle soleil, deux de ces aimables oiseaux gazouillaient sur une cheminée voisine et me chantaient peut-être leur chanson d'adieu. Non, ne partez pas encore, charmantes messagères du printemps; ne me dites pas « adieu », à moi qui redoute tant l'hiver, mais « au revoir! »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer le décès d'un très-honorable confrère de Paris, M. le docteur Bauche, mort, à Auteuil, à l'âge de 69 ans.

UN CHAMOIS COMME ON EN VOIT PEU. — On écrit de Berne à l'agence Havas :

« La chasse est ouverte en Suisse, et l'on tue de toutes parts le gros et le petit gibier. Dans les contrées, le long du Jura, on continue à abattre loups et sangliers installés dans les forêts depuis le passage des armées française et allemande. Dans les Grisons, on tue des ours et des chamois. Ces jours derniers, un sujet magnifique a été abattu dans les forêts de sapins. C'est un chamois blanc comme neige, dont le pelage n'accuse pas la moindre teinte sombre : poil, cornes, sabots, tout est blanc. Cet animal extraordinaire sera placé au Musée de Coire, et l'on peut dire qu'aucun musée, en Europe, n'en possédera un aussi remarquable. »

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu de Marseille. — Service de clinique médicale du Dr GIRARD.

MALADIE BRONZÉE; MAL DE POTT; TUMEUR DU CERVELET.

Observation recueillie par M. le docteur FALLOT, chef de clinique (1).

Le 22 janvier 1877, entrait à l'Hôtel-Dieu de Marseille le nommé B... (Jean), atteint à la fois de mal de Pott et de cette singulière altération de la couleur de la peau, généralement décrite sous le nom de maladie bronzée. La coexistence de ces deux affections n'est sans doute pas absolument rare, et a plus d'une fois été signalée; il nous a semblé cependant que le fait observé par nous, sous les yeux de notre maître le docteur Girard, ne paraîtrait point tout à fait dépourvu d'intéret et fournirait un document de plus à l'histoire encore si obscure des lésions des capsules surrénales.

B... arrive d'Algérie; âgé de 29 ans, il est originaire des Pyrénées-Orientales et a, jusqu'au moment où il a été pris par le service militaire, exercé la profession de tourneur. D'une santé toujours excellente, il a, pendant la guerre de 1870, été atteint d'une variole bénigne, en Prusse où il était interné. Rentré en France après la paix, puis envoyé en garnison en Algérie, il a, en 1873, gardé neuf mois la dysenterie; peut-être aussi a-t-il eu à cette époque quelques accès de fièvre paludéenne, c'est là un point qui n'a pu être suffisamment élucidé; puis, bien qu'un peu affaibli par cette maladie, il a pu reprendre pendant deux ans son service de soldat. B... nie tout antécédent syphilitique ou alcoolique. Condamné par un conseil de guerre, il était interné à la Maison Carrée quand, après s'être quelque temps fatigué en travaillant comme scieur de long, il a vu, il y a quatorze mois, apparaître les phénomènes initiaux de sa remarquable affection.

Les premiers symptômes ont été constitués par des douleurs très-vives dans la région lombaire, dans les hanches, puis à l'estomac et à la cuisse droite; elles ont aussitôt mis le malade dans l'impossibilité de marcher et se sont accompagnées d'un état fébrile marqué. Quinze ou vingt jours après, B..., qui a toujours été brun, remarquait que sa peau noircissait à vue d'œil, et, au bout de trois semaines environ, il était, dit-il, devenu complétement mulâtre. Après trois mois de séjour au lit, une saillie osseuse s'est peu à peu développée à la région dorso-lombaire; de nombreuses applications de pointes de feu ont été faites à ce niveau, de chaque côté de la colonne vertébrale, mais elles n'ont pas amené de soulagement.

Tels sont les commémoratifs fournis par notre malade, et ils sont pleinement confirmés par l'examen direct. La coloration attire tout d'abord l'attention. Comme il le dit lui-même, B... a tout a fait le teint d'un mulâtre, et il affirme même qu'à certaines époques sa peau était plus foncée encore que maintenant; elle est d'un brun marqué dans toute son étendue; l'aréole du mamelon, le fourreau de la verge, le scrotum sont tout à fait noirs. Les mains sont surtout colorées sur leur face dorsale, où les plis articulaires des phalanges se dessinent sous l'aspect de lignes brunes transversales; la face palmaire est plus claire, mais parsemée de taches plus sombres, irrégulières, nombreuses surtout au niveau des doigts; les plis articulaires sont aussi représentés par des lignes plus foncées. Les coudes, les genoux sont plus fortement colorés du côté correspondant à l'extension. Les cheveux n'ont point changé de couleur; les dents ont leur blancheur normale. Les ongles des mains sont d'un noir légèrement violacé. La muqueuse des lèvres et de la cavité buccale est brune et laisse apercevoir de larges taches tout à fait noires, disséminées tout autour de la bouche, sur la face interne des joues, la voûte palatine, les gencives. La conjonctive a son aspect habituel; le gland est brun et tacheté (2).

Outre cette remarquable coloration de la peau et des muqueuses, B... présente des troubles fonctionnels qui ont une bien autre gravité : il est tourmenté par des douleurs d'une vivacité extrême qui, pendant les premiers jours, ont constitué à elles seules toute la symptomatologie : pas de troubles dyspeptiques, fonctions intestinales régulières. Ces douleurs sont continuelles, mais avec des paroxysmes que provoquent les mouvements, la palpation. Leur siége précis échappe presque à toute détermination exacte, tant elles sont généralisées et intenses; elles affectent cependant d'une façon tout à fait prédominante le côté droit du corps, mais là elles sont d'une variabilité extrême. Au moment de son entrée, le malade accusait surtout des souffrances très-vives dans l'hypochondre et sous le mamelon du côté droit; d'autres fois, il se plaint surtout de la partie latérale droite du cou, de la cuisse, de la hanche droite, de la

(1) Présentée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 8 juin 1877, par M. le docteur Gallard, au nom de M. Girard, membre correspondant.

(2) Le sang ne contient pas de pigment, mais une quantité considérable de globules blancs; on peut en compter de quinze à vingt sur le champ du microscope. (Ocul. I, obj. 3, de Nachet.)

région lointaine, de l'abdomen, de l'épigastre; parfois il éprouve des douleurs en ceinture; souvent la simple palpation de l'abdomen affecte la sensibilité aussi vivement que s'il s'agissait d'une péritonite, et la percussion pratiquée au niveau du foie ou sur le thorax est tout à fait insupportable. On conçoit sans peine combien il est difficile de ne pas s'égarer au milieu de cet enchevêtrement presque inextricable de phénomènes douloureux; cependant, un interrogatoire attentif révèle que les douleurs de la partie latérale droite du cou et celle du bras droit sont de date tout à fait récente; elles n'ont été ressenties par B... que depuis son arrivée en France.

L'auscultation n'a pu être pratiquée que d'une façon tout à fait incomplète, car B... est constamment retenu par sa lésion vertébrale dans le décubitus dorsal et ne peut guère que se pencher légèrement sur le côté droit; on a constaté aussi quelques râles sous-crépitants en arrière à la base gauche. L'examen de la partie antérieure des poumons, celui du cœur, celui des vaisseaux sont tout à fait négatifs. Cependant le malade tousse un peu; il a constamment plus de 40 inspirations; son pouls est petit, très-fréquent, toujours au-dessus de cent; la température est très-basse, 36°,5.

Notons encore que B... est sujet à de petites hémorrhagies qui se produisent par la muqueuse buccale et se renouvellent assez fréquemment.

Pendant toute la durée du séjour de B... dans nos salles, sa coloration a présenté des variations d'intensité appréciables, surtout au niveau des ongles et des lèvres; plus claire à certaines époques, elle s'est sensiblement rembrunie à d'autres; les taches noires des lèvres surtout ont acquis une teinte bien plus foncée et une étendue plus considérable dans la période terminale. L'état général est allé s'aggravant d'une façon constante, malgré quelques rares périodes de rémission. — Le 26 janvier éclatait une nouvelle crise de douleurs très-aiguës, ayant pour siége principal la partie latérale droite du cou; la température s'est alors momentanément élevée à 39°; il n'y a pas de céphalalgie, mais des vertiges, la vue est trouble. — Le 2 février, légère épistaxis, hémorrhagie buccale assez abondante; dans la nuit d'hier, il y a eu une pollution. — Le 9, céphalalgie frontale très-vive, également marquée des deux côtés; vue toujours trouble, vertige; on constate à la palpation et à la percussion de la fosse iliaque droite de l'empâtement et de la submatité; apparition d'un nouveau phénomène qui n'a plus cessé depuis : des vomissements incessants formés par des matières bilieuses et contre lesquels toutes les diverses médications ont tour à tour échoué. Depuis ce moment, B... a été en proie à d'atroces douleurs, généralisées dans tout le corps, et qui lui arrachent souvent des cris aigus; elles ne le quittent que pour faire place à un état de prostration complète. Le malade est immobile, couché du côté droit et ne peut tourner la tête vers sa gauche, sans que ses vertiges ne s'exaspèrent et ne soient suivis de vomissements; en même temps, constipation prononcée, pollutions nocturnes fréquentes. Le 7 mars, délire d'abord calme, puis agité. — Le 11, on est obligé d'attacher dans son lit le malade, qui succombe dans la nuit.

L'*autopsie*, en révélant un certain nombre de lésions qui n'avaient point été soupçonnées, a fourni l'explication de la gravité et de la multiplicité des symptômes observés pendant la vie.

Thorax. — Les deux feuillets de la plèvre sont étroitement soudés l'un à l'autre dans toute leur étendue. La partie du poumon droit est indurée, mais non friable, comme sclérosée; à sa base, 2 ou 3 noyaux du volume d'un pois, crétacés au centre, caséeux à la périphérie. Le poumon gauche présente quelques noyaux analogues disséminés dans son parenchyme; au sommet existent un certain nombre de tubercules jaunes, du volume d'un pois; la base est légèrement congestionnée. — Le cœur est petit; la différence normale dans l'épaisseur des deux ventricules semble un peu exagérée. Les cavités, surtout celles du côté droit, renferment des caillots fibrineux jaunâtres, enchevêtrés dans les piliers. Les valvules, la mitrale surtout, ont perdu leur transparence; elles sont jaunâtres, épaisses, mais conservant leur souplesse; pas d'insuffisance.

Abdomen. — Le foie est très-adhérent au diaphragme; il est sensiblement atrophié, et l'atrophie affecte surtout le lobe gauche, qui ne mesure que 2 ou 3 centimètres à gauche du ligament suspenseur et se termine brusquement par une face verticale. Sa surface est lisse, non mamelonnée; sa consistance est accrue et offre au scalpel une résistance exagérée. Il y a donc eu cirrhose. La vésicule biliaire est au contraire accrue de volume; son fond dépasse le rebord inférieur du foie d'au moins 4 à 5 centimètres.

Les anses intestinales sont, comme les feuillets de la plèvre, intimement accolées. Examiné par sa face interne, l'intestin laisse apercevoir une quantité considérable de plaques de Peyer et de follicules isolés d'aspect anormal. Ces derniers affectent l'apparence de petits points noirs, plus petits que la tête d'une épingle et disséminés dans tout l'intestin grêle; les plaques

de Peyer se dessinent sous la forme de simples taches noires, très-finement pointillées, d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche davantage du gros intestin; au niveau de l'extrémité de l'iléon, elles en tapissent tout le pourtour. Ces altérations sont très-différentes de celles de la fièvre typhoïde; il n'y a nulle part d'ulcération; de plus, tandis que, dans la fièvre typhoïde, les follicules isolés et les plaques de Peyer sont tuméfiés et donnent au doigt la sensation d'un épaississement papuleux de la muqueuse; chez notre sujet, il y a une simple altération de couleur, la muqueuse présente au niveau des taches la même épaisseur que dans le reste de son étendue. Les ganglions mésentériques sont très-développés, mais leur aspect extérieur ne fait soupçonner aucune altération de structure (1).

C'est l'examen des capsules surrénales qui devait, d'après le diagnostic porté pendant la vie, présenter le plus d'intérêt : il a en effet confirmé toutes les prévisions. Ces deux organes ont acquis un volume tout à fait inusité; ils sont inégalement développés, à forme irrégulière, bosselée; ils donnent au toucher une sensation de dureté toute particulière. Une section transversale fait voir une zone périphérique de 1 ou 2 millimètres d'épaisseur, grisâtre, dure, résistante, formant une véritable coque à la partie centrale qui s'énuclée avec une facilité extrême; celle-ci est jaunâtre, de consistance variable, assez dure dans la plus grande partie de son étendue, tout à fait diffluente et d'aspect purulent sur quelques points. La capsule droite pèse 14 grammes, la gauche 8 grammes. Les reins sont normaux.

Les lésions causées par le mal de Pott sont extrêmement étendues. Tout le psoas droit est détruit depuis ses insertions supérieures jusqu'à l'arcade crurale, et remplacé par une énorme collection purulente qui distend son aponévrose. Le point de départ de ce vaste abcès se trouve dans la colonne vertébrale : la 11e, la 12e dorsales sont altérées, tout le corps de la 1re lombaire est détruit, si bien qu'à ce niveau la continuité du rachis se trouve interrompue et l'on peut faire exécuter à ses deux segments des mouvements de latéralité en sens inverse. A la place de la vertèbre disparue existent 2 ou 3 séquestres volumineux.

Le cerveau est normal; mais il n'en est pas de même du cervelet. Au niveau du pédoncule cérébelleux moyen, dans l'hémisphère gauche, existe une zone assez étendue dans laquelle son tissu est ramolli et diffluent; au centre, on découvre une tumeur assez dure, du volume d'une petite noix; sa partie périphérique est grisâtre et laisse apercevoir de fines ramifications vasculaires; le centre est jaunâtre, de consistance caséeuse, mais il n'est nulle part ramolli : nous sommes sans doute en présence d'un tubercule.

Les méninges ne laissent rien constater d'anormal, même au voisinage du foyer purulent rachidien; la dure mère, qui n'en est cependant séparée que par l'épaisseur du ligament vertébral, n'est ni adhérente ni épaissie.

Disons encore que partout où ont porté nos recherches (muqueuses nasale, œsophagienne, stomacale, bronchique, membrane interne des principales veines et artères), nous n'avons constaté nulle part de pigmentation anormale. La mélanodermie est tout entière localisée sur les muqueuses intestinale et buccale; elle ne dépasse pas le voile du palais.

L'examen histologique (2) a porté sur les capsules surrénales, la muqueuse buccale, le foie, la tumeur du cervelet (3); des coupes ont été pratiquées dans ces divers tissus préalablement durcis par les réactifs classiques, alcool, acide picrique, gomme et alcool, puis elles ont été colorées par le picrocarminate d'ammoniaque.

1° *Capsules surrénales.* — Un grossissement faible (80 diam.) laisse apercevoir sur la préparation trois zones distinctes : une périphérique (l'enveloppe de la capsule), constituée par une couche épaisse de tissu conjonctif fibreux, à fibres longitudinalement dirigées; — une moyenne, d'aspect granuleux; — une centrale, qui n'a de limite interne que celle de la préparation, sans structure nette, fendillée sur plusieurs points, très-inégalement colorée; sur cette dernière, une portion franchement jaune, entourée d'une poussière noirâtre, semble être constituée par du pigment.

Avec des grossissements plus forts (250 et 340 diam.), la couche périphérique fibro-conjonctive se montre toute infiltrée de noyaux très-fortement colorés en rouge par le carmin; sur certains points ils sont réunis en très-grande quantité et forment de véritables collections dans les mailles de ce tissu; ils sont aussi très-abondants autour des vaisseaux dont cette zone contient un certain nombre; on en retrouve même en dehors de la capsule, au milieu de quelques fragments de tissu adipeux qui lui sont demeurés adhérents.

La zone moyenne est exclusivement constituée par des éléments cellulaires libres non con-

(1) La rate est volumineuse.

(2) Nous avons, dans cette partie de notre travail, usé des conseils et des directions de notre ami le docteur Laget, ex-élève du laboratoire du Collége de France.

(3) Des accidents de préparation nous ont empêché d'examiner de même le grand sympathique et la moelle.

tenus dans la trame d'un tissu ; avec un peu d'attention il est facile de se convaincre que leur aspect est fort variable suivant le point que l'on considère. La portion externe de cette zone, celle qui est contiguë à l'enveloppe de la capsule, n'est formée que par des noyaux tout à fait semblables à ceux qui infiltrent cette dernière, de petit volume et d'une coloration carmin intense ; puis, à mesure qu'on s'éloigne de la périphérie, ces éléments deviennent plus pâles, plus volumineux, si bien qu'au vosinage de la zone centrale on ne trouve plus que de grandes cellules, tout à fait granuleuses, à peine rougies par le carmin.

Enfin la zone centrale est amorphe ; elle ne contient pas trace de vaisseaux ; sur ses bords on distingue encore çà et là quelques traces de grandes cellules précédemment signalées, mais la plus grande partie de son étendue est formée par une simple matière finement granuleuse, inégalement colorée ; ce sont de simples molécules graisseuses qui, vues avec un grossissement faible, ressemblent à du pigment.

2° *Muqueuse buccale.* — La limite de la couche de Malpighi et du derme de la muqueuse est représentée par un liseré coloré, brun sur certains points, complétement noir sur d'autres. Cette teinte est due à la grande quantité de pigment qui l'infiltre, sous la forme soit de granulations extrêmement fines, soit de masses noires plus ou moins volumineuses. De véritables blocs compactes de matière pigmentaire se rencontrent dans la couche la plus superficielle du derme de la muqueuse ; ils sont plus abondants encore dans l'épaisseur des papilles ; celles-ci, bordées par une ligne noire, infiltrées de masses noires épaisses, représentent les points où l'altération de couleur apparaît avec le plus d'intensité.

3° Le foie est sillonné dans toutes les directions par de larges et épais tractus de tissu conjonctif à diverses périodes de développement ; sur certains points ce tissu est infiltré d'une abondance extrême d'éléments embryonnaires réunis en masses confluentes ; la partie centrale de ces collections est trouble, moins fortement colorée, et semble avoir une tendance manifeste à passer à l'état caséeux. Cette hypothèse peut du reste pleinement se vérifier sur d'autres préparations ; sur quelques-unes en effet on trouve des masses volumineuses finement granuleuses au centre, embryonnaires vers la partie externe, et limitées tout à fait en dehors par de larges bandes de tissu conjonctif de nouvelle formation.

4° Enfin la tumeur du cervelet présente une structure tout à fait analogue : portion externe formée par des noyaux embryonnaires vivement colorés, mêlés à de grandes cellules troubles, granuleuses, mal colorées ; — portion centrale tout à fait amorphe ou constituée par de très-fines granulations. On y rencontre une très-grande abondance de vaisseaux ; ceux qui sont situés vers les bords de la tumeur sont entourés d'un grand nombre de ces noyaux nettement colorés, contenus soit dans leur gaîne, soit dans le tissu avoisinant ; ceux de la partie centrale ne présentent plus ces éléments, et leur paroi tend manifestement à revêtir le même aspect que les régions voisines. Tous sont oblitérés par de fines granulations, et la plupart laissent apercevoir dans leur intérieur des éléments cellulaires, sans doute des globules blancs.

Bien que la multiplicité des lésions ne laisse pas au fait clinique toute la netteté désirable, il semble cependant que, de cette observation, on peut dégager quelques conclusions dignes d'intérêt. Le grand nombre des organes atteints et l'analogie du processus histologique constituent une démonstration nouvelle de la nature tuberculeuse ou scrofuleuse de cette affection des capsules surrénales qui se révèle à l'extérieur par le symptôme mélanodermie. Enfin, au point de vue tout à fait spécial de la séméiologie des tumeurs du cervelet, le fait que nous relatons présente une certaine importance ; nous nous croyons, en effet, en droit d'attribuer au tubercule siégeant dans cet organe les douleurs du bras droit, de la partie latérale droite du cou, la céphalalgie, les vertiges, les vomissements et les pollutions nocturnes : ensemble de phénomènes déjà signalé bien des fois, mais dont la physiologie pathologique offre encore bien des lacunes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Cl. Bernard communique à l'Académie une note sur le mécanisme de la formation du sucre dans le foie.

« Dans un mémoire lu devant cette Académie il y a vingt-deux ans, dit-il, j'ai fait connaître le mécanisme de la formation de la matière sucrée que j'avais découverte dans le foie. J'ai montré que le sucre hépatique, au lieu de se produire directement par le dédoublement des

matières albuminoïdes du sang, comme l'avaient supposé Lehmann et Frerichs, dérive, au contraire, d'une substance amylacée qui prend naissance dans le tissu du foie d'une manière constante et indépendamment de la nature de l'alimentation.

J'ai établi, en outre, que la matière amylacée hépatique, à laquelle j'ai donné le nom de *glycogène*, se transforme dans le foie en dextrine et en glycose sous l'influence d'un ferment diastasique, absolument comme cela se voit dans certaines parties des végétaux, et en particulier dans une graine en germination.

Ainsi se trouvaient démontrées pour la première fois la formation du sucre dans les animaux et l'identité du mécanisme de ce phénomène dans les deux règnes.

Depuis ce temps, un nombre considérable de travaux, tous confirmatifs, ont été publiés sur cette question, et il n'y a rien à changer aux premiers résultats que je fis connaître en 1855.

Aujourd'hui, je ne veux appeler l'attention de l'Académie que sur un seul point.

Le mécanisme sans doute le plus général de la formation du sucre par l'amidon, chez les animaux et les végétaux, est constitué en réalité par deux mécanismes corrélatifs :

1° Mécanisme de la formation de la matière amylacée (amidon ou glycogène);

2° Mécanisme de la formation du sucre (glycose).

De ces deux mécanismes, celui de la formation du sucre à l'aide de l'amidon nous est parfaitement connu et nous constatons dans ce phénomène, ainsi que je viens de le démontrer, le plus parfait parallélisme entre le règne animal et le règne végétal.

Le mécanisme de la formation de la matière amylacée nous est, au contraire, complétement inconnu chez les végétaux aussi bien que chez les animaux, et c'est le problème qui s'impose actuellement aux investigations des chimistes et des physiologistes. En poursuivant cette étude, trouverons-nous entre les animaux et les végétaux le même parallélisme que nous avons constaté pour le mécanisme de la production du sucre? Les théories et les hypothèses ne suffisent pas pour juger la question; il faut des faits positifs et des expériences décisives. J'ai de mon côté entrepris depuis longtemps des recherches sur le mécanisme de la formation du glycogène chez les animaux. J'ai fait à ce sujet des expériences dont j'espère bientôt avoir l'honneur d'entretenir l'Académie. »

— M. A. Trécul fait suivre la communication précédente de quelques réflexions sur la formation de l'amidon et de la cellulose.

« M. Bernard, trouvant dans les animaux comme dans les végétaux que l'amidon est répandu dans les organes les plus divers, exprime l'avis que le phénomène physiologique et la formation de l'amidon ne sont connus ni dans le règne animal, ni dans le règne végétal.

Je ne sais pas bien ce que notre confrère entend par *mécanisme de la formation de l'amidon*; mais, si par là il veut exprimer les différentes phases de la production des grains d'amidon, il me semble que ces phénomènes sont bien connus dans les végétaux. Pour ma part, dans un mémoire qui renferme un nombre considérable d'observations, après avoir fait soigneusement l'historique de la question (*Ann. Sc. nat.*, 4e série, 1858, t. X, p. 205 et s.), je traite : 1° de l'origine des grains d'amidon: 2° de leur structure; 3° de leur accroissement, qui comprend la formation des couches, l'épaississement de celles-ci, et leur multiplication par dédoublement; 4° de la formation des grains composés; 5° de celle des grains multiples; 6° du volume des grains chez de nombreux végétaux; 7° de la résorption de ces grains pendant la végétation.

L'amidon proprement dit naît ou dans le plasma périphérique des cellules, ou dans celui qui est réparti dans la cavité utriculaire, ou autour du nucléus; l'amidon naît aussi à l'intérieur de ce dernier et dans d'autres vésicules chromulifères ou incolores.

On le voit souvent apparaître sous la forme de petits corpuscules ou granules, qui d'abord ne bleuissent pas par l'iode; mais bientôt ces corpuscules grossissent et leur centre acquiert la propriété de bleuir fortement par ce réactif. Ainsi coloré, le plasma initial n'apparaît fréquemment que comme un point noir. Cette vésicule grandissant, le plasma y est ou pauvre en matière amylacée et peut alors ne pas former de strates concentriques, ou bien il devient très-riche, et des strates s'y organisent succcessivement de la circonférence au centre par *apposition*, c'est-à-dire que, organogéniquement indépendantes les unes des autres, formées par le plasma amylacé, les plus jeunes se juxtaposent à la face interne de celles qui les ont précédées.

Chaque couche ayant ensuite une végétation propre peut s'épaissir par *intussusception* et se diviser en plusieurs strates secondaires, occupant toute la circonférence ou seulement une partie de celle-ci. Dans ce dernier cas l'accroissement est excentrique. Ces strates secondaires peuvent elles-mêmes, par intussusception et dédoublement, donner naissance à des couches de troisième génération.

Le contenu de la vésicule, au lieu de produire de telles couches concentriques, ou après en avoir donné un certain nombre, se partage souvent en deux ou plusieurs centres de formation, qui constituent des vésicules ou cellules amylacées secondaires à l'intérieur de la vési-

dule mère; des couches concentriques s'y forment souvent, et ces vésicules de deuxième génération en peuvent engendrer de troisième ordre. Ainsi sont formés les *grains composés*.

Dans l'albumen d'une quantité de plantes appartenant aux Phytolaccées, aux Chénopodées, aux Amarantacées, aux Caryophyllées, etc., la couche du plasma périphérique de chaque cellule ordinaire productive de l'amidon se partage en petites masses dans lesquelles naissent de très-nombreux granules amylacés d'une grande ténuité, qui peuvent rester réunis en grains *multiples* ou *agrégés*. De semblables grains naissent aussi dans quelques plantes autour des nucléus.

Chez quelques végétaux, l'amidon de certaines cellules apparaît comme une dissolution ou un empois, ou comme une plaque ou couche homogène d'aspect gélatineux, que j'ai vue quelquefois, à la face interne de la cellule, passer à l'état de grains assez volumineux, à peu près comme le fait, dans certains cas, une couche de chlorophylle. C'est à l'amidon sous forme d'empois, vu d'abord par M. Schleiden, qu'a été donné le nom d'*amidon amorphe*.

Voilà une série de faits qui ne peuvent être contestés, et qui me paraissent constituer ce que l'on peut appeler le *mécanisme de la formation de l'amidon*. On voit par là que si le phénomène physiologique laisse encore beaucoup à désirer, les phénomènes morphologiques, en quelque sorte mécaniques, sont assez bien élucidés. » — M. L.

FORMULAIRE

Cigarettes contre l'asthme.

Feuilles de belladone.	0 gr. 30 centigr.
Feuilles de jusquiame.	0 gr. 15 —
Feuilles de stramoine.	0 gr. 15 —
Feuilles de phellandrie aquatique.	0 gr. 05 —
Extrait gommeux d'opium.	0 gr. 13 —
Eau distillée de laurier-cerise.	q. s.

F. s. a. — Ces cigarettes, dites cigarettes Espic, sont fumées au nombre de deux à quatre par jour, pour combattre les accès d'asthme. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 22 Septembre 1646.

Guillaume Du Val, doyen de la Faculté de médecine de Paris, meurt dans cette dernière ville, âgé de 67 ans, et est inhumé à Notre-Dame-des-Champs. Professeur de philosophie au Collége royal, natif de Pontoise, il est bien connu par son « Histoire du Collége royal », histoire diffuse, prétentieuse et ampoulée. Guy Patin ne le ménage pas : « C'est, écrit-il, un pauvre homme quand il fait quelque chose de bien ; mais quand c'est du mal, *tunc operatur ex habitu*. » — A. Ch.

COURRIER

Corps de santé de la marine. — Par décret du Président de la République, en date du 18 septembre 1877, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le Corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe : 2e tour (choix). Gillet (Paul-Louis) ; — 1er tour (ancienneté). Madon (Ernest-Amédée).

Au grade de pharmacien principal ; 1er tour (ancienneté). M. le pharmacien de 1re classe Malespine (Joseph-Hippolyte-Édouard).

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 13 septembre 1877, on a constaté 899 décès, savoir :

Variole, 1 décès ; — rougeole, 9 ; — scarlatine, 3 ; — fièvre typhoïde, 24 ; — érysipèle, 3 ; — bronchite aiguë, 37 ; — pneumonie, 44 ; — dysenterie, 1 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 14 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 21 ; — croup, 15 ; — affections puerpérales, 5 ; — affections aiguës, 320 ; — affections chroniques, 355 (dont 146 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 32 ; — causes accidentelles, 18.

A Londres, du 2 au 8 septembre 1877, on a noté 1,180 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

HELMINTHOLOGIE

SUR LES TÉNIAS, LES ÉCHINOCOQUES ET LES BOTHRIOCÉPHALES DE L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 13 octobre et du 3 novembre 1876 (1),

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE,
Membre de l'Académie de médecine,
Agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

Ces données du développement, chez les carnassiers, du *Tænia cænurus*, provenant de la vésicule polycéphale qui rend en quelque sorte ladre le cerveau du mouton, jettent un grand jour sur la ladrerie humaine hydatique. Voyons donc actuellement si l'observation des faits et les expériences permettent de décider quelle espèce de Ténia produisent les Échinocoques de l'homme.

Le pays où les Hydatides sont endémiques est l'Islande, et, sur cette île glacée, l'homme et le chien cohabitent constamment. Il était donc présumable que le grand nombres des Hydatides dans ce pays restreint était dû à l'animal domestique, presque toujours atteint de diverses espèces de *Tænia*. De Siebold et van Beneden ont cherché, par l'expérimentation, à préciser les faits. Le premier de ces observateurs a donné à douze jeunes chiens et à un jeune renard des Échinocoques, pris dans les Hydatides du foie et des poumons du bœuf et du mouton. Après un certain temps, il trouva dans l'intestin grêle de ces chiens un grand nombre de petits Ténias. Du quinzième au vingtième jour, la tête ou scolex était suivie de deux articles ou segments, et, quelques jours plus tard, de trois segments bien formés. Au vingt-sixième jour, les œufs étaient apparents, et, au vingt-septième jour, l'embryon y était visible. Déjà, vers cette époque, le scolex de plusieurs Ténias avait perdu ses crochets. La grandeur de ce *Tænia echinococcus* est de 2 à 3 millim.; le scolex possède une double couronne de crochets comme ceux des Échinocoques (2).

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 13, 18 et 20 septembre.

(2) Voyez, pour la figure du *Tænia echinococcus*, les figures données par Gervais et van Beneden, dans leur *Zoologie médicale*, t. II, p. 271, fig. 3, d'après Roll; et aussi, l'article *Entozoaires* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, p. 373, où se trouve reproduite la figure donnée par Leuckart.

FEUILLETON

RAGATZ. — PFAEFFERS.

DEUXIÈME LETTRE

A Monsieur le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Ragatz, 15 septembre 1877.

Mon cher ami,

Autrefois, — mettons, au hasard, cent ans, — la gorge, de 5 kilomètres de longueur, et au fond de laquelle sursaute et bondit la Tamina, n'était pas praticable, même aux piétons; de telle sorte que l'on ne pouvait, de Ragatz, atteindre, par cette voie, les sources chaudes de Pfaeffers, qui émergent à l'autre bout, au fond de l'antre immense dont je vous ai parlé. C'est évidemment par le sommet de la montagne, au point où les deux chaînes s'arc-boutent, que l'on découvrit (XIII[e] ou XIV[e] siècle) les fameuses sources, lesquelles dévoilèrent leur présence par les vapeurs d'eau qui s'échappaient par les *jours* ou fenêtres du grandiose rocher.

Un poète a appelé les Alpes de la Suisse le champ de bataille de la création, et, en vérité, chaque période de la création a imprimé ses traces sur ce sol prédestiné.

On a dû, d'abord, descendre par ces fenêtres dans le gouffre, à 200 pieds de profondeur, et l'on raconte que, à une époque assez éloignée, les infirmes, les goutteux, les rhumatisants, ou les paralytiques, étaient descendus, au moyen de cordages, dans l'antre infernal pour recevoir la bienheureuse influence des eaux.

Van Beneden, en 1852, trouvant dans l'intestin grêle d'un chien de très-petits Ténias qu'il appela *Tænia nana*, attribua leur existence à des Hydatides mangées par ce chien; et plus tard, en 1857, il administra des Échinocoques recueillis sur un porc à deux chiens âgés de dix jours; il obtint des résultats concordant avec ceux de M. de Siebold.

Notre infatigable Davaine a vu le *Tænia echinococcus*, et j'ai moi-même essayé de le faire développer chez de jeunes chiens en leur faisant avaler les Échinocoques d'un kyste du foie, bien constatés et que je venais de retirer par la ponction aspiratrice. L'expérience a échoué, peut-être parce que les animaux ont été sacrifiés trop tardivement. Je n'en crois pas moins à la démonstration du fait de la production, chez le chien, du *Tænia echinococcus* par les Échinocoques de l'homme, Échinocoques rendant pareillement ladres un grand nombre d'autres animaux.

En résumé, les vésicules hydatiques pourvues d'Échinocoques et constituant la ladrerie hydatique, ne sont qu'une phase du développement du *Tænia echinococcus* ou Ténia échinocoque du chien. Les vésicules hydatiques qui, par bourgeonnement endogène ou exogène, produisent, dans leur intérieur ou à l'extérieur, des vésicules semblables à elles-mêmes, sont remplies d'un liquide spécial, transparent, non albumineux, presque dépourvu de sels. A la surface interne de beaucoup de vésicules hydatiques se développe une membrane germinale; elles sont alors fertiles, car sur cette membrane naissent des Échinocoques ou scolex de *Tænia echinococcus*. Ce qui est extrêmement remarquable : c'est le développement considérable de l'Hydatide par rapport au Ténia minuscule, dernier terme du développement cyclique de ce ver. Les Ténias inerme et armé de l'homme qui proviennent du bœuf et du porc ladres, ont d'abord de petits Cysticerques, répondant de loin à l'Hydatide, et de longs strobiles ou Ténias, au dernier terme de leur développement.

Avant de passer à l'étude du Bothriocéphale, je vais retracer, au moyen de quelques figures, les analogies comparatives du développement chez le *Tænia inermis*, le *Tænia cænurus*, et le *Tænia echinococcus* ou Ténia hydatique.

La figure 26 montre l'œuf renfermant l'embryon hexacanthe du *Ténia inerme;* de cet œuf jusqu'au Cysticerque du bœuf, dépourvu de crochets, il y a une phase probable de développement encore inconnue et désignée par un point d'interrogation.

C'est ici que le rôle de l'homme commence.

Sur le côté gauche de la Tamina, à travers les rochers, les escarpements, les cascades, il est parvenu à se frayer, depuis le village de Ragatz jusqu'aux sources chaudes, un chemin de piétons.

Puis, beaucoup plus tard, il a transformé ce petit et tortueux sentier en un chemin accessible aux voitures; pour cela, il a été forcé de faire sauter à la mine des blocs énormes de rochers, d'emprunter au lit de la Tamina l'espace qui lui manquait.

Rien de plus pittoresque que ce chemin qui ondoie comme une immense couleuvre, bordé d'un côté par le gouffre au fond duquel mugit et hurle la Tamina, de l'autre côté par de splendides chutes d'une eau cristalline.

Grâce à cette voie merveilleuse, due au génie de l'homme, on va aisément de Ragatz aux *anciens* bains de Pfaeffers.

Ces bains, établis dans un bâtiment qui était autrefois un couvent, et à l'entrée même de la caverne immense dont je vous ai parlé, offrent toutes les conditions d'une excellente installation, et sont conduits médicalement par M. le docteur Albert Schädler, qui a bien voulu nous diriger dans ce dédale de couloirs, de salles, de piscines, de buvettes, etc. Rien ne manque dans cette station thermale sous le rapport du confortable. Mais, sapristi, je ne conseillerais pas aux gens disposés à la mélancolie d'y dresser leur tente. Tout ici porte l'empreinte grave et sombre des anciens monastères; de quelque côté qu'on se retourne, on croit voir et entendre les moines marchant à pas lents et mesurés dans ces longues galeries voûtées en ogives, défilant leurs chapelets et psalmodiant les prières ; à gauche est l'antre infernal d'où s'échappe bouillonnante et rugissante la Tamina ; à droite, c'est la longue gorge qui finit à Ragatz, et au fond de laquelle le torrent, gris et sombre, se précipite furieux et

Cette phase répond à l'Hydatide et aux premiers degrés évolutifs de la vésicule du Cænure. Puis vient le Cysticerque, entièrement analogue chez les *Tænia inermis* et *Tænia solium*, aux scolex du Cænure et à l'Échinocoque (fig. 27 et 28). Les trois *Tænia inermis*, *Tænia echinococcus* et *Tænia cænurus* ont des corps, ou strobiles, composés de plusieurs segments derrière leur scolex; il est très-long dans le premier, assez long dans le Ténia cænure. Mais le strobile est extrêmement court dans le Ténia échinocoque, animal presque microscopique et formé de deux ou trois anneaux, dont le dernier est aussi long que les deux précédents pris ensemble (figure 28).

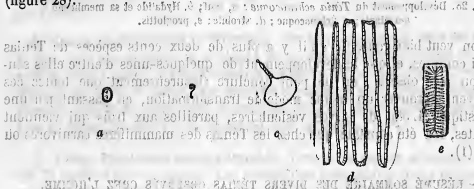


Fig. 26. Développement du *Ténia inerme* : *a*, œuf; *c*, Cysticerque; *d*, strobile; *e*, cucurbitin ou proglottis.

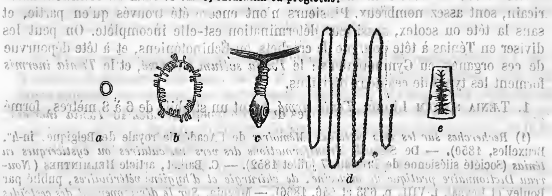


Fig. 27. Développement du *Ténia cænure* : *a*, œuf; *b*, Cænure polycéphale; *c*, tête de Cænure; *d*, strobile; *e*, proglottis.

grondant. Mais que de jolies excursions on peut faire de là! Ma femme, ma fille, mon petit garçon et moi, « nous nous en sommes payé une ». Il s'agissait de grimper à pied jusqu'au village de Pfaeffers, qui se trouve sur le sommet de la montagne, de quitter l'enfer pour monter au ciel. On peut bien se casser le cou dans ce sentier large comme les deux pieds, bordé de précipices qui donnent le vertige. Mais le pays des montagnes a ce privilége de vous empoigner, de vous exalter; on veut monter, toujours monter, quitte, au plus petit tournoiement de tête, au plus petit faux pas, à laisser là ses os et sa peau.

Adieu! charmantes et verdoyantes prairies de Racols. Adieu! petit et propret chalet qui nous a désaltérés avec ton excellent lait. Adieu! Valens avec tes petites maisons à toit rouge et tes volets verts. Adieu! glaciers du Monte-Luna, du Vasannen, du Schlœslikopf, du Tagweidlikopf, du Wangsersee... vous avez laissé dans mon cœur un souvenir éternel!

Mais les *anciens* bains de Pfaeffers ont fini pas ne plus satisfaire les exigences toujours impérieuses de l'homme; distantes de 5 kilomètres de Ragatz, on a voulu avoir les sources dans cette dernière localité; on les a amenées au moyen d'un tuyau en bois goudronné (un tuyau de plus d'une lieue de longueur) qui glisse, moitié sous terre, moitié à jour, tout le long de la route qui serpente au-dessus de la Tamina; on les a conduites ainsi au centre même de la villette, et on leur a bâti un véritable palais. On me dit que l'eau chaude, dans ce long trajet qu'elle a à parcourir depuis son émergence jusqu'à Ragatz, ne perd que deux degrés. J'en doute, quoique je n'aie aucun moyen scientifique de vérification. Ce qu'il y a de sûr, c'est que ma femme a pris deux bains, l'un à Pfaeffers, l'autre à Ragatz, et qu'elle donne la pomme à Pfaeffers. Serait-ce que l'eau thermale, en quittant son origine, perd de sa vitalité, abandonne ce quelque chose que l'on ne connaît pas, son âme, sa vie? Telles ces plantes que l'on arrache, avec le plus grand soin, au sol natal, qu'on transporte ailleurs, mais qui, sans

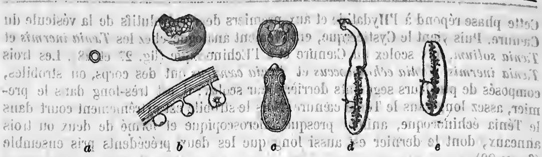


Fig. 28. Développement du *Ténia échinocoque : a*, œuf; *b*, Hydatide et sa membrane germinale; *c*, Échinocoque ; *d*, strobile; *e*, proglottis.

Quand on veut bien réfléchir qu'il y a plus de deux cents espèces de Ténias aujourd'hui connues, et que le développement de quelques-unes d'entre elles seulement a pu être observé, on ne peut conclure rigoureusement que toutes ces espèces doivent éprouver un même mode de transformation, en passant par une période kystique. L'état de larves vésiculaires, pareilles aux trois qui viennent d'être décrites, n'a été constaté que chez les Ténias des mammifères carnivores ou omnivores (1).

IV. — RÉSUMÉ SOMMAIRE DES DIVERS TÉNIAS OBSERVÉS CHEZ L'HOMME.

Les Ténias observés chez l'homme, dans nos climats, et ceux du continent américain, sont assez nombreux. Plusieurs n'ont encore été trouvés qu'en partie, et sans la tête ou scolex, aussi leur détermination est-elle incomplète. On peut les diviser en Ténias à tête pourvue de crochets, ou Échinoténiens, et à tête dépourvue de ces organes, ou Gymnoténiens : le *Tænia solium* ou *armé*, et le *Tænia inermis* forment les types de ces deux divisions.

1. TÆNIA SOLIUM Linné; *Ténia armé*, ayant un strobile de 6 à 8 mètres, formé

(1) *Recherches sur les vers cestoïdes* (*Mémoires* de l'Académie royale de Belgique, in-4°, Bruxelles, 1850). — De Siebold. *Transformations des vers vésiculaires ou cysticerques en ténias* (Société silésienne de Breslau, 7 juillet 1852). — C. Baillet, article HELMINTHES (*Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, publié par Bouley et Reynal, t. VIII, p. 633 et 646, 1866). — Mégnin. *Sur le développement des cestoïdes inermes* (*Comptes rendus* de l'Académie des sciences, mai 1872). — C. Davaine, article CESTOÏDES (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XIV, p. 554, 1873).

---

périr complétement, y végètent et ne donnent que des fleurs sans parfum... Telles ces étonnantes *edelweis* aux corolles blanches comme la neige, cotonneuses et veloutées, qui semblent emprunter aux glaciers qu'elles habitent, leur ton et leur couleur. Tels ces poétiques *cyclamen* qu'abritent surtout les magnifiques forêts de sapins du Lichtenstein...

Établissement d'aliénés à Pfaeffers

Merci à vous, cher confrère, aimable docteur Sury ! Médecin adjoint de cet asile de la douleur, vous avez reçu avec une rare bienveillance la famille vagabonde et errante. Encore une fois, merci à vous et à votre gracieuse compagne !

Bâtie en forme de carré presque régulier, enclosant un vaste promenoir, la maison d'aliénés de Pfaeffers s'élève sur un magnifique plateau, à côté du château ruiné de Wartenstein, de la chapelle de Saint-Georges et de la terrasse du Tabor, et domine la magnifique vallée du Rhin. Elle ne possède pas moins de 40,000 pieds de terrain. C'est une ancienne abbaye, la célèbre abbaye de Pfaeffers, qui a été fondée en 713 et supprimée en 1838. L'établissement actuel est de création cantonale et date de l'année 1847 ; les bâtiments, tels qu'on les voit aujourd'hui, ne remontent pas au delà de l'année 1868 ; ils sont le résultat d'une rénovation complète, qui n'a pas absorbé moins de 750,000 fr.

L'asile de Pfaeffers compte 220 lits, et, à l'heure qu'il est, il y a 253 pensionnaires, 40 employés des deux sexes, un médecin directeur (M. le docteur Henne), et un médecin adjoint (M. le docteur Sury).

C'est une véritable et intelligente petite république que cette maison, vivant absolument de son bien, couverte, dans ses déficits possibles, par la caisse du canton, ne demandant presque

de cucurbitins, ou proglottis, caducs; pores génitaux régulièrement alternes. Tête, ou scolex, ayant 6 ou 8 millièmes de millimètre de large, avec le rostre avancé, pourvu d'une double couronne de crochets; œufs ronds ayant 0mm033 = 33 μ de diamètre. Provient du *Cysticerque du porc ladre* (*Cysticercus cellulosæ* Rudolphi).

2. Tænia nana Bilharz, Siebold. Ce petit Ténia armé, long de 13 à 21 millimètres, est différent du *Tænia nana* de Van Beneden (voyez *T. echinococcus*). Strobile déprimé, articles plus larges que longs, pores génitaux unilatéraux. Tête obtuse, allongée, conique; rostre pyriforme, avec une seule couronne de crochets. Ovules gros, globuleux, ayant 0mm04 = 40 μ de diamètre. Ce Ténia a été trouvé en Égypte par Bilharz.

3. Tænia flavo-punctata Weinland. Ce Ténia mesure de 20 à 30 centimètres; la tête n'est pas connue; le strobile a les anneaux antérieurs longs de 2 à 5 millimètres, larges de 1 à 1,25 millimètres; la forme de ces anneaux est quadrilatérale; chacun est taché de jaune vers la partie médiane et postérieure. Les anneaux de la seconde moitié du corps sont trapézoïdes et sans taches. Les pores génitaux sont tous unilatéraux. Œufs gros, ayant 60 μ de diamètre?

4. Tænia Madagascariensis Davaine. Très-petite espèce ayant des rapports avec les *T. nana* et *flavo-punctata*. Les cucurbitins ressemblent à des pépins de pomme, ils ont de 3 à 4 millimètres; les pores génitaux sont unilatéraux. Les œufs sont contenus dans des sortes de poches ou de capsules au nombre de 120 à 150 par proglottis, chacune renfermant de 300 à 400 œufs. L'embryon est hexacanthe. Tête inconnue. — Espèce trouvée à Mayotte (îles Comores).

5. Tænia cucumerina Bloch. Strobile long de 30 à 50 centimètres, et jusqu'à 3 mètres, à segments médians carrés et les derniers ovales-tronqués, avec deux pores génitaux sur chacun, ces pores étant opposés, un de chaque côté. Tête presque carrée ou rhomboïde, avec un rostre pourvu de trois rangs de crochets. Œufs peu nombreux, de 37 à 46 μ de diamètre. Ce Ténia est commun chez le chien, et il aurait été, dit-on, observé chez l'homme.

Le *Tænia elliptica* Batsch (qui est le *T. canina* Van Beneden), lui ressemble

---

rien au dehors, conservant presque l'autonomie des anciens ordres religieux, quoique tout le personnel, jusqu'aux infirmiers, soit pris parmi les laïques. On admet des malades à 80 centimes par jour. C'est assez dire le côté philanthropique et d'utilité publique qui y règne. La vapeur d'eau joue ici un grand rôle; c'est avec elle qu'on lave le linge, et qu'on le repasse; c'est avec elle que l'on cuit les aliments, que l'on chauffe les salles. Le gaz à éclairage faisait défaut, l'emploi de l'huile à brûler eût été trop coûteux; l'huile de pétrole eût été insuffisante, peut-être dangereuse... Eh bien! par un procédé ingénieux, l'établissement se fabrique lui-même du « gaz de pétrole », qui donne une lumière moins brillante, moins scintillante que celle fournie par la distillation du charbon de terre, mais qui suffit largement à tous les besoins.

Adieu! excellent confrère Sury, et à vous, mon cher Latour, à bientôt. Dans quatre ou cinq jours j'aurai le bonheur de vous serrer la main.

Dr Achille Chereau.

École préparatoire de médecine d'Amiens. — Par arrêtés en date du 22 septembre courant :

Un concours sera ouvert le 5 novembre 1877, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Un concours sera ouvert le 29 décembre 1877, à la même École, pour un emploi de suppléant de la chaire de clinique chirurgicale, de pathologie externe et d'accouchements.

Un concours sera ouvert le 30 octobre 1877, à la même École, pour un emploi de chef des travaux anatomiques.

Le registre des inscriptions sera clos pour ces trois concours un mois avant l'ouverture de chacun d'eux.

extrêmement, et probablement n'en diffère pas spécifiquement. Il se trouve dans l'intestin du chat.

6. TÆNIA ECHINOCOCCUS Siebold. Strobile très-court, presque microscopique, d'une longueur de 3 millimètres 1/2 à 6 millimètres environ, composé de trois et, au plus, quatre segments, le dernier portant des œufs; ce segment devenant aussi volumineux que tout le strobile. Van Beneden l'a appelé *T. nana*. Tête avec deux couronnes de crochets alternativement grands et petits, les crochets ayant une forte saillie des parties basilaires : garde et manche. Anneau mûr avec un pénis saillant. Œufs nombreux. Se trouve dans l'intestin du chien. Provient de l'*Échinocoque de l'homme*.

7. TÆNIA INERMIS Laboulbène; *Tænia mediocanellata* Küchenmeister; *Tænia cucurbitina*, *T. grandis* Goeze. Strobile plus long, plus large, plus épais que chez le *Tænia solium* ou armé. Cucurbitins caducs et bien vivaces; pores génitaux très-irrégulièrement alternes. Tête inerme, grande, large d'environ 2 millimètres, noirâtre, tronquée, inclinée sur le cou après la mort du ver; rostre ou proboscide nul. Œufs ovales, moins opaques, plus grands que ceux du *T. solium*, longs de 36 μ et larges de 30 à 33 μ. Provient du *Cysticerque du bœuf ladre* (*Cysticercus inermis*).

Plusieurs Ténias incomplétement connus se rapprochent beaucoup de notre *Tænia inermis;* je signalerai entre autres :

A. Un *Tænia du cap de Bonne-Espérance*, à scolex inconnu; le strobile ayant une crête longitudinale, des pores alternes, l'utérus et les œufs comme ceux de nos T. inermes ordinaires.

B. Cobbold a décrit un *Tænia lophosoma*, ayant un long strobile avec une crête médiane et des pores génitaux unisériaux. Les segments de ce Ténia sont plus petits que ceux du *T. solium*, et il ne peut être rapporté au *T. flavo-punctata*. S'agit-il d'une monstruosité ou d'une espèce distincte?

C. Le *Tænia abietina* Weinland, n'est connu que par la moitié postérieure d'un strobile, plus mince que celui du *T. inermis*. Les segments sont longs de 12 millimètres, larges de 4 millimètres. Les œufs ovales ont 33 μ de long et 30 μ de large.

D. Gervais et Van Beneden ont fait remarquer la description d'un *Ténia* appelé à tort *Bothriocephalus tropicus* par Schmidtmüller (1). Ce Ténia, trouvé chez les nègres qui arrivent des Indes et chez les Européens ayant séjourné sur la côte de Guinée, est peut-être celui qu'a observé notre collègue, M. Léon Colin (2).

Je termine cette énumération abrégée par le Ténia qui a servi à ma première communication (3) :

8. TÆNIA NIGRA Laboulbène; *Ténia nègre*, *Ténia ardoisé*. Longueur du strobile, 6 mètres 1/2. Couleur noire ou plutôt d'un noir ardoisé. Tête large de 2 millimètres, très-noire; ventouses blanchâtres; pas de rostre ni de crochets. Pores génitaux très-saillants, blanchâtres. Œufs ovales, longs de 50 μ, larges de 40 μ.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Gervais et Van Beneden. *Zoologie médicale*, t. II, p. 243 (citation de Schmidtmüller. (In HAMROP, *Annalen*, VII *ter* Jahrgang, Heft 5 und 6.)

(2) Léon Colin. *Tænia fusa* ou *continua*, etc. (*Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2e série, t. XII, p. 323, fig. 2, 1875.)

(3) A. Laboulbène. *Observation d'un Ténia remarquable par sa coloration ardoisée.* (*Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2e série, t. XII, p. 298, 1875.)

PATHOLOGIE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE;

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

II. — PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE.

1° *Théorie de l'action réflexe.* — Connexions reliant le grand sympathique abdominal au pneumogastrique. Expériences de Goltz, Bernstein, Brown-Séquard, Flourens, Cl. Bernard, Tarchanoff et Franck. — Faits cliniques à l'appui. — Objections à cette théorie; elle n'explique ni pourquoi ni comment la syncope se maintient et devient mortelle.

Cette théorie a été émise par M. Dieulafoy. D'après lui, la syncope est due à une action réflexe qui a son point de départ dans l'intestin malade : « L'excitation est transmise, par les filets centripètes, du grand sympathique jusqu'aux cellules de la moelle et du bulbe; à ce niveau se fait la transformation en mouvement, qui a suivi, suivant les cas, des routes un peu différentes. Tantôt le pneumogastrique a été seul en cause, ce qui a donné lieu à des syncopes qui ont pu être mortelles du premier coup; tantôt les nerfs respiratoires ont été pris en même temps, ce qui a déterminé, soudainement et à la fois, l'arrêt de la respiration et du cœur; enfin, dans bien des cas, d'autres nerfs de la vie de relation ont reçu une excitation simultanée, ce qui explique les convulsions qui ont accompagné la mort. »

Telle est la théorie ingénieuse proposée par M. Dieulafoy, et elle s'appuie, d'après son auteur, non-seulement sur la physiologie, mais aussi sur l'observation clinique.

Sur la physiologie; car il a été prouvé que des connexions intimes relient physiologiquement le grand sympathique abdominal au pneumogastrique, et que les lésions subites du premier nerf, telles que l'écrasement du ganglion semi-lunaire droit, sont suivies presque immédiatement de l'arrêt du cœur (Brown-Séquard (1), Flourens, Claude Bernard (2)). Même effet est produit par la percussion plusieurs fois répétée sur l'abdomen, ou plutôt sur le creux épigastrique d'une grenouille (Goltz) (3), et aussi par l'excitation directe exercée non-seulement sur la terminaison intestinale des nerfs mésentériques, mais aussi sur leur trajet (Bernstein) (4). Enfin, Tarchanoff (5) a fait l'expérience suivante : Il attire au dehors l'anse intestinale d'une grenouille, après avoir fait une incision à la paroi abdominale, il la laisse à l'air pendant quelques heures, jusqu'à ce que l'inflammation s'y développe. Alors, il suffit de toucher cette anse du bout du doigt pour déterminer l'arrêt du cœur. Mais ce phénomène ne se produit pas si l'on touche cette anse immédiatement après la sortie de l'abdomen, c'est-à-dire avant qu'elle soit enflammée, et, comme dans l'expérience de Goltz et de Bernstein, il ne s'obtient pas non plus si l'on a préalablement coupé les nerfs vagues, ce qui prouve bien, pour le dire en passant, que l'acte réflexe, pour se produire, doit nécessairement suivre la voie des pneumogastriques. Un jeune physiologiste des plus distingués, M. François Franck (6), qui a reproduit, en les variant un peu, les expériences

(1) Suite. — Voir le numéro du 15 septembre.

(1) *Arch. génér. de méd.*, 1856.

(2) *Pathologie expérimentale*, p. 120.

(3) Goltz. *Virchow's Arch.*, t, XXVI, p. 11, et XXIX, p. 394.

(4) Bernstein. *Centralblatt*, 1863, p. 817.

(5) Jean Tarchanoff. *Arch. de phys.*, 1875, p. 498.

(6) François Franck. *Effets cardiaques et vasculaires des impressions périphériques*, et *Gaz. hebd.*, déc. 1876.

A ce propos, il est utile de faire remarquer que M. le professeur Gubler, dans son travail sur le *péritonisme* (*Journal de thérapeutique*, n° 20, 1876, 2, 3, 4, 5, 6, 1877), a décrit sous ce nom l'ensemble des phénomènes graves et souvent mortels venant compliquer la péritonite, ou plutôt les lésions quelconques des organes tapissés par le péritoine. Ces symptômes

de M. Tarchanoff, est arrivé aux mêmes résultats et a obtenu de grands arrêts du cœur chez un lapin, en pinçant le péritoine enflammé entre les lèvres d'une plaie abdominale faite la veille.

Pour M. Dieulafoy, son explication s'appuierait encore sur l'observation clinique. Lorsque la muqueuse intestinale est enflammée ou altérée, il est démontré qu'elle est susceptible, plus que toute autre, de provoquer des actions réflexes. Aussi ne voit-on pas, chez les enfants, le lait mal digéré (1), les inflammations du canal intestinal, etc., déterminer de fréquentes convulsions, suivies parfois de syncope et de mort subite (2)? Ne voit-on pas aussi la simple présence de corps étrangers dans l'intestin, de lombrics, de noyaux de prunes, etc., donner lieu à des mouvements épileptiformes? Tout dernièrement encore, M. Féréol relatait l'observation d'une épilepsie symptomatique qui avait cessé après l'expulsion d'un tænia (3). M. Krishaber (4) a publié un cas qui s'est terminé par la mort : Un enfant de 11 ans avait avalé des prunes avec leurs noyaux; il fut pris de convulsions terribles et généralisées. A l'autopsie, on ne trouva rien autre chose qu'un amas de ces corps étrangers situé dans la dernière portion de l'iléon qu'il oblitérait. Enfin, en dehors même des affections ou irritations de la muqueuse intestinale, on peut noter des cas d'excitation réflexe du pneumogastrique, et, à ce sujet, rappeler les observations de mort subite après la ponction d'un kyste du foie (Martineau) (5) et l'application de caustique sur cet organe (Desnos) (6).

Tels sont les faits qui plaideraient en faveur de la théorie de M. Dieulafoy, faits qu'on ne nous reprochera certainement pas d'avoir laissés dans l'ombre; car, outre les exemples qu'il a cités dans sa thèse inaugurale, nous avons tenu à en ajouter d'autres tirés de la physiologie et de la clinique, en laissant de côté, bien entendu, dans l'intérêt même de la cause à plaider, ces faits trop curieux pour être réels, de morts subites survenant après une simple ingestion d'eau froide, après une simple émotion, ou ces observations trop éloignées de nous pour que nous puissions scientifiquement y ajouter foi, comme par exemple la mort de Sylla sous le coup d'une violente colère, ou celle du pape Léon X sous l'influence d'une grande joie. A ce sujet, nous ne saurions trop nous ranger à l'avis de M. Émile Bertin, quand il dit : Ces exemples de syncopes foudroyantes, survenues sous l'influence d'une forte émotion, sont « peu significatifs quand ils n'ont pas été suivis de l'ouverture du corps; et, quand il y a eu nécropsie, le silence ou la négation des observateurs n'exclut pas absolument l'existence d'une lésion intermédiaire entre la cause apparente et le résultat final (7). »

ne sont pas en rapport avec la seule inflammation du péritoine, puisqu'ils ont pu manquer avec des péritonites considérables et généralisées, ou être très-accusés quand les lésions du péritoine sont à peine appréciables. Ruysch et Boerhaave (*loc. cit.*) avaient déjà noté ces faits et attribué tous ces symptômes à l'ébranlement du système nerveux. L'irritation péritonéale peut franchir le système ganglionnaire, atteindre d'emblée la moelle rachidienne et donner lieu à des convulsions tétaniques, à la *syncope*, comme on peut le voir chez les opérées d'ovariotomie. — Enfin, notre affectionné et savant maître M. Peter a insisté, de son côté, sur les accidents consécutifs à l'ébranlement du grand sympathique dans certaines péricardites. (Voyez *Union méd.*, 3e série, t. XV, pages 425-427, 1873.)

(1) Voyez un fait intéressant publié par Marrotte in *Actes de la Soc. méd. des hôp.*, p. 69, et intitulé : *Troubles intestinaux, syncope pendant le sommeil.* — Voyez aussi l'obs. de H. Roger, in *Bull.* de la Soc. méd. des hôp., 1855, p. 52 : *Indigestion chez un enfant; syncope mortelle.*

(2) Voyez la thèse inaug. de Pihan-Dufeillay, 1852, *Sur la mort subite dans l'enfance causée par les troubles de la sensibilité.*

(3) Soc. méd. des hôp. et *Union méd.*, 1876.

(4) *Union méd.*, 1867.

(5) *Union Méd.*, page 848, 1875.

(6) *Union Méd.*, page 896, 1875.

(7) Ém. Bertin, professeur à la Faculté de Montpellier. Article *Mort*, du Dictionn. encycl., 2e série, tome IX, p. 530. — A ce sujet, nous ferons remarquer que l'illustre Hunter mourut d'un accès de colère; mais cet accès de colère avait été la cause occasionnelle d'une angine de poitrine qui détermina la mort.

Quant à l'influence de la douleur sur la production de la syncope, elle est indéniable, comme le prouvent quelques observations de coups reçus sur l'épigastre, sur les testicules, régions si sensibles à ce point de vue, qu'on pourrait les appeler *régions syncopales*. Mais, pour que cette syncope devienne permanente et que la mort s'ensuive, il nous semble essentiel de faire intervenir une cause prédisposante, préexistante, telle que l'anémie encéphalique, ou l'altération du cœur.

Quoi qu'il en soit, en se tenant sur le terrain de l'anatomie, de la physiologie pathologique et de la clinique, on peut faire à la théorie de M. Dieulafoy des objections graves que nous allons résumer :

a. D'abord, si, dans la fièvre typhoïde, la muqueuse intestinale peut devenir le point de départ de l'action réflexe qui va tuer le malade, c'est au moment où cette muqueuse est altérée, c'est pendant la période d'ulcération, dans le cours même de la maladie, que ces phénomènes doivent se produire, et non pas dans la convalescence, quand la lésion est en pleine voie de réparation, quand elle est même absolument réparée.

b. Puis, dans un grand nombre de maladies où le nerf grand sympathique abdominal est intéressé, dans les péritonites généralisées, par exemple, a-t-on observé souvent la mort subite?

c. Dans une affection où la muqueuse du gros instestin peut être largement ulcérée, où celle de l'intestin grêle est aussi profondément altérée, dans la dysenterie, il devrait bien se produire une action réflexe paralysante du grand sympathique. Comment se fait-il que les observations soient muettes à cet égard? Sans doute, quelques morts subites ont été signalées dans la dysenterie, et nous en avons lu une observation dans la thèse de M. Monard; mais il est dit que, dans ce cas, la mort est survenue par embolie pulmonaire (1).

d. La mort subite s'observe dans la convalescence du typhus (2) comme dans celle de la fièvre typhoïde, et, cependant, dans la première maladie, la muqueuse intestinale est intacte.

e. Enfin, on cite des cas de morts subites survenant dans l'helminthiase. Or, y a-t-il une affection plus commune que l'helminthiase? Comment se fait-il que, chez les enfants si prompts, comme on le sait, à réagir par leur système nerveux, les cas de morts subites soient si rares qu'on en puisse à peine citer quelques cas à peine authentiques, tandis que la dothiénentérie, affection bien moins commune, ait déjà produit, au moins chez les adultes (3), des morts subites qui se comptent par le nombre de cinquante à soixante? Répondons immédiatement à cette question en disant que, dans le premier cas, il n'existe pas, comme dans le second, des altérations du myocarde, une anémie cérébrale concomitante qui contribuent puissamment à rendre permanente une syncope accidentelle et à maintenir l'arrêt du cœur.

f. Sans doute, on pourrait dire encore qu'un autre élément intervient encore pour favoriser les effets si désastreux de cette action réflexe. C'est l'anémie dans laquelle le convalescent est tombé après une maladie de longue durée. Il suffisait ainsi à Chossat de pincer la patte d'une colombe affaiblie par une longue abstinence pour provoquer la mort immédiate par syncope, et depuis longtemps déjà Cl. Bernard avait pu produire le même résultat en déterminant une douleur assez vive chez des animaux malades ou inanitiés (4). Mais cette anémie n'existe-t-elle pas non plus dans les dysenteries chroniques qui aboutissent si souvent à la cachexie, et qui ne causent jamais la mort subite par syncope?

Donc, l'explication de M. Dieulafoy est incomplète, — nous n'avons pas dit

(1) Ch. Monard. *Considérations générales sur les concrétions sanguines qui se forment pendant la vie dans le cœur et les vaisseaux.* Thèse inaugurale de Montpellier, 1867, p. 33.

(2) Voyez Jacquot. *Du typhus de l'armée d'Orient*, 1858.

(3) Nous signalerons plus loin l'extrême rareté de la mort subite chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, et nous expliquerons ce fait qui n'avait pas encore été remarqué.

(4) Cl. Bernard. *Leçons de pathologie expérimentale*, p. 120. Paris, 1872.

erronée, — elle s'appuie sur la physiologie, non pas sur la physiologie à outrance, comme on l'a dit quelque part, peut-être avec une certaine exagération, mais elle ne rend pas suffisamment compte de tous les phénomènes observés, et elle ne sait pas répondre à toutes les objections qu'on lui oppose.

On aura beau faire partir l'action réflexe d'un autre organe, de l'estomac, par exemple, dont les troubles si fréquents à la fin de la fièvre typhoïde ont, dans les simples dyspepsies, une action si manifeste sur la circulation cérébrale au point de produire des sensations vertigineuses; une objection capitale se dresse immédiatement contre cette dernière hypothèse émise par M. Tambareau dans sa thèse inaugurale (1).

A-t-on jamais vu des vertigineux dyspeptiques mourir subitement?

Il y a donc autre chose que cette action réflexe, et s'il est bien démontré que cette terminaison brusque survient dans la fièvre typhoïde par syncope, jusqu'ici nous ne savons ni *pourquoi* ni *comment* cette syncope peut se produire, nous ne savons pas non plus pourquoi et comment la syncope se maintient et devient mortelle. C'est ce que nous tâcherons d'expliquer par la suite.

(A suivre dans un prochain numéro.)

(1) *Loc. cit.* Paris, 1877.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Séance du 25 juillet 1877. — Présidence de M. Rougon.

Sommaire. — Correspondance. — Blessure du nerf médian. — De la perforation du tympan. — Hémorrhagie consécutive à une extraction dentaire.

La correspondance imprimée comprend : 1° Le *Compte rendu de la Société de chirurgie de Toulouse*; — 2° *Revue médicale de Toulouse*; — 3° *Bulletin médical du Nord*.

M. Collineau fait hommage à la Société d'un travail intitulé : *Du transport des aliénés dans les asiles publics du département de la Seine. La voiture cellulaire, proposition tendant à sa suppression.*

M. Collineau a pensé que le transport des aliénés dans les voitures cellulaires pouvait laisser dans l'esprit des malades des souvenirs prolongés et imprimer à leur délire un cachet spécial. Il entre à ce sujet dans des développements fort intéressants et donne connaissance des conclusions de son travail, ainsi formulées : « Je propose à la Société médico-psychologique d'adresser à M. le préfet de police une lettre demandant la suppression de la voiture cellulaire pour le transport des aliénés et la substitution, à cette voiture, d'un véhicule dont les dispositions spéciales seraient à déterminer ultérieurement, mais, en principe, ne différeraient pas des véhicules qui, dans les conditions sociales ordinaires, sont le plus souvent employés. »

M. le Président remercie M. Collineau et le prie de vouloir bien tenir la Société au courant de ce qui aura été fait par l'administration dans cette voie.

—

Note sur un cas de blessure du nerf médian.

M. Gustave Richelot : J'ai déjà eu l'occasion de faire connaître à la Société les faits nouveaux que j'ai établis en étudiant la distribution anatomique des nerfs collatéraux des doigts. M. le docteur E. Labarraque, notre distingué collègue, a bien voulu vous présenter l'analyse d'un travail que j'ai inséré sur ce sujet, en 1875, dans les *Archives de physiologie*, et qui montrait, en résumé, que la véritable distribution des nerfs dorsaux de la main n'est pas conforme à celle qui se trouve consignée dans les livres classiques. Ceux-ci disent, en effet, que le nerf radial et le nerf cubital fournissent les collatéraux dorsaux des doigts, en se les partageant par moitié, le premier innervant le pouce, l'index et la moitié externe du médius, le second occupant la moitié interne du médius, l'annulaire et le petit doigt. En réalité, il n'en est pas ainsi : le radial fournit les collatéraux dorsaux du pouce, le cubital ceux de l'auriculaire; mais, pour les trois doigts du milieu, le vrai collatéral dorsal est fourni par le palmaire correspondant, c'est-à-dire qu'il vient du médian sur l'index, le médius et la moitié externe

de l'annulaire, et du cubital sur la moitié interne de ce dernier. Ce rameau dorsal, émané des branches palmaires, innerve la face dorsale des deux dernières phalanges, et ne laisse aux filets terminaux du radial et du cubital que la face dorsale de la première.

Ces faits anatomiques ne sont pas sans intérêt, car ils expliquent la distribution de l'anesthésie à la suite des sections nerveuses du membre supérieur, et contribuent ainsi à faire la lumière dans une question aujourd'hui à l'ordre du jour, celle des *suppléances nerveuses* et de la *sensibilité collatérale*.

Depuis ma première publication dans l'UNION MÉDICALE (15 et 18 août 1874), M. Henriet, alors interne à l'hôpital des Cliniques, a inséré dans la *Tribune médicale* du 22 novembre 1874, une observation qui vient à l'appui de mes recherches. J'ai également étudié avec soin la zone d'anesthésie dans un cas de section du nerf médian, observé dans le service du professeur Vulpian, et je l'ai trouvée conforme aux nouvelles données de l'anatomie descriptive (*Arch. de phys.*, 1875, p. 177). A ces deux faits, il faut ajouter aujourd'hui une intéressante observation de MM. Reclus et Fourestié (UNION MÉD., 22 janv. 1876). Elle a pour titre : *Section accidentelle de l'artère cubitale, du nerf médian et du nerf cubital; étude de la sensibilité de la main.* Dans ce fait, la section du nerf médian a amené l'insensibilité de la face dorsale de l'index, du médius et de l'annulaire, sans porter atteinte à celle du pouce et du petit doigt. La conservation de la sensibilité de la face dorsale du petit doigt s'explique par la section du cubital au-dessous du point où se détache la branche dorsale cutanée, tandis que la section de la branche palmaire du même nerf explique l'abolition de la sensibilité sur la moitié interne de la face dorsale de l'annulaire.

p Je citerai encore un travail de Bernhardt (*Arch. f. psychiatric u. Nervenkrankh.*, vol. V . 555), *Sur la localisation de l'anesthésie à la main et aux doigts dans la paralysie du nerf médian.* L'auteur publie deux observations de paralysie traumatique de ce nerf, et en tire la conclusion suivante : la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius, et celle de l'annulaire dans sa moitié externe, reçoivent leur sensibilité non pas du cubital ou du radial, mais du médian.

M. Notta, de Lisieux, a présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 8 novembre 1876, une observation dont voici le titre : *Névrome du nerf médian, résection du nerf; troubles trophiques; guérison.* Je n'en veux extraire qu'un passage, le seul qui m'intéresse au point de vue où je suis maintenant placé. Après avoir réséqué le tronc nerveux, l'auteur étudie l'anesthésie dans les diverses parties de la main, et note « une insensibilté absolue à la face palmaire du pouce, de l'index, du médius. A la partie externe de l'annulaire, l'insensibilité n'est pas aussi absolue, quoique presque complète. La face dorsale de la dernière phalange du pouce, de l'index et du médius, ainsi que celle de la seconde phalange de ces deux derniers doigts, est insensible à la piqûre; toutefois, il y a de la sensibilité à la partie externe de la dernière phalange du pouce, et le long de la moitié externe de la face dorsale de l'annulaire. La face dorsale des premières phalanges du pouce, de l'index, du médius et de l'annulaire est sensible à la piqûre. »

Ces détails confirment pleinement la description que j'ai donnée. Ils nous montrent, à la suite de la section du médian, l'anesthésie occupant la face dorsale des trois doigts du milieu, moins la moitié interne de l'annulaire, et à l'exclusion des premières phalanges. Nous remarquons aussi que la face dorsale de la dernière phalange du pouce est en grande partie insensible; cela tient à la présence du rameau sous-unguéal de Cruveilhier, qui vient du médian, et qui, sur le pouce comme sur les doigts suivants, contribue à l'innervation de la dernière phalange. J'ai même établi, dans mon travail des *Arch. de physiologie* (p. 186-187), que ce rameau sous-unguéal peut occuper sur le pouce une étendue assez grande, et empiéter quelque peu sur les collatéraux dorsaux émanés du radial. Mais l'auteur ajoute qu'il y a de la sensibilité à la partie externe de la dernière phalange du pouce, ce qui montre bien que l'importance du nerf radial sur la face dorsale de ce doigt, est plus grande que sur celle des doigts suivants.

Notons encore, dans le fait de M. Notta, la conservation partielle de la sensibilité sur la moitié externe de l'annulaire, qui fait cependant partie de la zone du médian; c'est là un phénomène de sensibilité collatérale, facile à expliquer par les filets anastomotiques venus du côté interne du doigt. Cette apparente anomalie se retrouve dans plusieurs observations, et même l'anesthésie peut s'arrêter, exceptionnellement, à la partie moyenne du médius. J'ai cru pouvoir expliquer ce dernier fait par l'importante anastomose que le cubital fournit au médian dans la paume de la main, et qui donnerait des tubes nerveux au médius et à l'annulaire. (*Ibid.*, p. 188.)

Je citerai enfin une observation de M. Duret : *Plaie contuse du nerf médian; troubles trophiques; eschares aux extrémités des doigts* (Soc. de biol., 11 déc. 1875, et *Gaz. méd.*,

1[er] janv. 1876). « A la région dorsale, dit l'auteur, les parties insensibles sont : la peau du dos de la phalangette et de la phalangine de l'index et du médius. »

On le voit donc, il y a concordance parfaite entre les faits cliniques et les faits anatomiques. Ceux-ci, d'ailleurs, ont été directement confirmés par un scalpel autorisé; M. Sappey, après les avoir soumis de nouveau au contrôle de la dissection, les a consignés dans la troisième édition de son *Anatomie descriptive*.

Si je reviens sur cette question, c'est pour ajouter aux faits qui précèdent une observation nouvelle, recueillie dans le service du professeur Verneuil, et dans laquelle on voit la zone du nerf médian doublement dessinée, en quelque sorte, par l'anesthésie consécutive à la plaie nerveuse, et par la distribution des troubles trophiques de la peau.

Observation. — *Plaie du nerf médian; cicatrice adhérente; anesthésie et troubles trophiques.*

Joseph Denis, 15 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 22, le 29 mai 1877.

Il y a sept semaines environ, ce garçon s'est fait une plaie profonde du poignet gauche en cassant un verre de lampe. Pansé d'abord à l'hôpital de la Pitié, il a continué chez lui les pansements à l'alcool, et, au bout de quinze jours à trois semaines, la cicatrice fut définitivement formée; puis, des troubles trophiques s'étant déclarés à la main, il entra à l'hôpital. Examiné le 6 juin, il présente l'état suivant :

Cicatrice de 3 centimètres de longueur environ, transversale, située exactement au niveau de l'interligne articulaire, adhérente, non douloureuse spontanément ou à la pression ; en la comprimant toutefois, on produit des fourmillements au bout des doigts. Les mouvements de ces derniers sont intacts, ou très-modérément gênés par l'adhérence de la cicatrice; pendant les trois ou quatre premiers jours après la blessure, ils étaient à peu près impossibles, puis sont revenus peu à peu, et se sont presque entièrement rétablis depuis la cicatrisation. — On n'observe pas d'atrophie musculaire; l'éminence thénar, l'espace interosseux, paraissent avoir conservé leur volume normal; la comparaison avec la main droite est d'ailleurs impossible, le malade portant de ce côté un moignon informe, résultat d'une brûlure à l'âge de 9 ans.—Les phénomènes essentiels présentés par ce malade se bornent à l'*anesthésie* et aux *troubles trophiques.*

Anesthésie. — La sensibilité, explorée à l'aide du doigt, par une pression légère ou forte, et à l'aide de l'épingle, appuyée à peine sur l'épiderme ou pénétrant profondément dans le derme, est disparue, en partie ou en totalité, dans la zone suivante :

A. *Face palmaire :* Abolition complète sur la deuxième phalange du pouce, et sur les trois phalanges de l'index et du médius. Abolition sur la face latérale externe de l'annulaire dans toute sa hauteur. Diminution très-notable sur la face antérieure de ce dernier; diminution semblable sur le creux palmaire, peu accentuée sur l'éminence thénar, très-modérée aussi sur la première phalange du pouce et au niveau du premier espace interosseux. Intégrité complète sur l'éminence hypothénar, sur le petit doigt, et sur la face latérale interne de l'annulaire.

B. *Face dorsale :* Abolition complète sur les deux dernières phalanges de l'index et du médius. Diminution notable sur la moitié externe des deux dernières phalanges de l'annulaire. Intégrité complète partout ailleurs, côté interne de l'annulaire, pouce et auriculaire dans toute leur étendue, premières phalanges des trois doigts du milieu, face dorsale de la main.

Troubles trophiques. — Ceux-ci ont débuté il y a quinze jours. A cette époque se produisit une phlyctène sur la face dorsale de la deuxième phalange du médius; d'autres vinrent ensuite et se réunirent à la première. Chacune de ces phlyctènes était remplie de sérosité. L'épiderme s'étant rompu, il en résulta une surface vive mesurant presque toute l'étendue de la phalange, et qui se cicatrisa en huit jours. Puis d'autres phlyctènes apparurent dans l'ordre suivant : faces palmaires de la deuxième phalange du pouce (celle-ci dura très-peu), de la troisième phalange de l'index, de la deuxième phalange du médius, de la deuxième phalange de l'index; enfin, hier matin parut une dernière phlyctène sur la face dorsale de la troisième phalange de l'index. La cicatrice de la première phlyctène, qui est en même temps la première dorsale, est encore très-apparente; celle de la première palmaire (deuxième phalange du pouce) a laissé aussi sa trace, mais moins profonde; les deux palmaires suivantes (index et médius) sont encore vives, mais se dessèchent et marchent vers la cicatrisation; la quatrième palmaire et la dernière dorsale (deuxième et troisième phalanges de l'index) sont encore à l'état de phlyctènes, mais déjà en partie desséchées, et ne contenant plus de sérosité. Ces lésions sont absolument indolentes, et la pression sur les surfaces vives n'éveille aucune sensibilité; mais il n'y a pas d'eschare de la peau. — Le seul topique employé a été la glycérine.

Le malade quitte l'hôpital quelques jours après notre examen. Les troubles trophiques sont presque guéris ; mais l'anesthésie est toujours la même.

Je ne reviendrai pas longuement sur la distribution de l'anesthésie dans cet exemple ; elle occupe manifestement la zone du médian, et rend facile le diagnostic rétrospectif de la lésion nerveuse. Je ne ferai qu'une remarque : la moitié externe de la face dorsale et de la face palmaire du quatrième doigt a conservé, ou recouvré, une partie de sa sensibilité, comme dans l'observation de M. Notta, et, sans doute, pour la même raison. C'est aussi à la suppléance nerveuse qu'il faut attribuer la sensibilité relative que présentent, au moment de notre examen, certaines parties innervées par le médian, telles que l'éminence thénar, le creux palmaire et la face antérieure du premier espace interosseux.

Le fait principal sur lequel j'ai voulu appeler l'attention, c'est la relation exacte entre la zone d'anesthésie et la distribution des troubles trophiques de la peau, ceux-ci occupant la face palmaire du pouce, de l'index et du médius, la face dorsale du médius et de l'index (deuxième et troisième phalanges), et laissant intacte la face dorsale du pouce. Les lésions de ce genre occupent le plus souvent la face palmaire seule, ainsi qu'on le remarque dans les faits de MM. Duret et Notta. Chez notre malade, elles sont plus étendues, et accompagnent fidèlement l'anesthésie, sans en dépasser les limites.

M. le Président remercie M. Richelot, et annonce que la discussion sur ce mémoire aura lieu dans une de nos prochaines séances, après l'impression du travail, afin que chacun des membres de la Société puisse en prendre connaissance.

Réponse au mémoire de M. le docteur Bonnafont sur la perforation de la membrane du tympan.

M. Deleau : Messieurs, le 26 mai 1876, M. le docteur Bonnafont lisait, devant l'Académie de médecine, un mémoire sur la perforation de la membrane du tympan.

A la lecture de ce mémoire, grand a été mon étonnement en voyant, d'une part, notre honorable confrère garder le silence sur les travaux de ses prédécesseurs, et, de l'autre, de voir un chirurgien, adonné depuis de longues années à la spécialité des affections de l'oreille, préconiser un procédé mis en pratique dès l'enfance de l'art, et abandonné depuis si longtemps.

Dans l'Union Médicale de ce mois (1), M. le docteur Bonnafont cite un nouveau cas de guérison de surdité par la trépanation de la membrane du tympan, et semble vouloir vulgariser cette opération, qui n'a sa raison d'être pratiquée que dans des cas assez rares. Voyant que notre honorable confrère persiste dans sa manière d'opérer les pauvres sourds, déjà assez malheureux d'être souvent incurables, sans encore leur perforer le tympan, j'avoue que je n'hésite plus à vous communiquer, Messieurs, la réponse que j'avais l'intention de lire l'année dernière devant l'Académie de médecine.

En médecine opératoire, comme dans toutes sciences, surtout les sciences exactes, il est généralement d'usage que le praticien qui croit avoir inventé ou perfectionné un procédé jette, avant de l'exposer, un coup d'œil rétrospectif sur les travaux faits avant lui sur le même sujet, et cite, par conséquent, les auteurs qui ont fait des efforts pour arriver au but qu'il se propose, établissant ainsi un parallèle qui montre juste la part qui lui revient dans l'invention ou le perfectionnement.

Tel n'a pas été l'avis de mon honorable confrère, le docteur Bonnafont, en donnant cette opération comme une découverte « qui doit rendre l'ouïe à un bon nombre de sourds qui n'ont éprouvé aucun soulagement des médications ordinaires et spéciales les plus habilement dirigées. »

Intéressé dans la question, je crois d'abord pouvoir soutenir et prouver, ce que M. Bonnafont d'ailleurs ne nie pas, que la perforation de la membrane du tympan, proposée comme un des moyens curatifs de la surdité, est une opération depuis longtemps connue. Mon père l'a préconisée, pratiquée et décrite très au long, il y a plus de cinquante ans, dans un mémoire imprimé en 1822, soumis à l'Académie des sciences et honoré d'un rapport des plus favorables de MM. Pelletan et Percy. Dans ce mémoire, mon père, après avoir cité les tentatives faites à ce sujet par Saissy, Himly, Astley Cooper et Itard, loin de donner cette opération comme un moyen curatif absolu, pose toutes les conditions de son application, indique par conséquent les cas où elle doit être favorable et ceux où elle doit être inutile, même nuisible. S'appuyant sur trente-deux observations recueillies avec soin et minutieusement détaillées, il traite dans ce mémoire :

(1) Voir l'Union Médicale du 21 juillet 1877.

1° De la perforation simple du tympan ;
2° De la perforation avec perte de substance ;
3° De la cicatrisation des membranes du tympan ;
4° Des moyens employés jusqu'alors pour reconnaître les causes prochaines des diverses lésions de l'ouïe ;
5° Des précautions à prendre avant, pendant et après l'opération de la perforation ;
6° Des cas où il faut renouveler l'opération ;
7° De la formation des nouvelles membranes du tympan ;
8° Des doubles causes de surdité, l'une ayant son siége sur le tympan, et l'autre dans la caisse du labyrinthe ;
9° Des maladies inflammatoires et dartreuses de la membrane du tympan, etc., etc.

M. Bonnafont, passant sous silence ces différents points de la question, ne s'est occupé principalement que du procédé opératoire, c'est-à-dire de la manière dont la perforation doit être pratiquée. Pour cela, il a inventé un instrument qui consiste en « un trocart muni d'une canule qui, dès après la perforation, est maintenue en place au moyen de deux petites ailettes se développant dans la caisse en s'appuyant contre la surface interne de la membrane du tympan. » « Par un mécanisme ingénieux, dit notre confrère, ce développement se fait en même temps qu'on retire le trocart ; l'opération dure à peine deux secondes. »

Ce qu'on avait toujours reproché aux instruments employés pour la perforation du tympan, c'est que, laissant la place libre après le retrait du perforateur, l'ouverture s'oblitérait en quelques jours.

Cet accident presque inévitable de l'oblitération de l'ouverture, avait tellement frappé les praticiens qui se sont occupés de la perforation du tympan, qu'Himly avait pensé qu'on ne pourrait y remédier qu'en faisant subir à la membrane une perte de substance ; il fit, en conséquence, construire une canule très-tranchante, propre à agir sur le tympan de la même manière que les emporte-pièce dont les selliers se servent pour perforer le cuir. Son attente ne fut pas remplie, on en conçoit facilement les raisons. Une membrane si mince, sans point d'appui, ne peut offrir assez de résistance pour supporter la pression nécessaire à l'action d'un tranchant circulaire.

Frappé de son côté de tous ces inconvénients, mon père eut alors l'idée de faire construire un instrument ayant la forme du trocart à sa pointe, et muni à sa base d'un petit tranchant circulaire destiné à ramener de dedans au dehors les portions tranchées. Cet instrument avait donc l'avantage de n'exiger qu'une légère pression, et de ne pas pénétrer dans l'intérieur de la caisse aussi profondément que l'instrument de M. Bonnafont pour permettre le déploiement de ses ailettes.

Aussi, quand notre honorable confrère a exposé à l'Académie son instrument et sa manière d'agir, M. le professeur Gosselin n'a-t-il pu s'empêcher de lui demander « comment il ferait pour éviter le manche du marteau et la chaîne des osselets, dont la lésion est à craindre, soit pendant l'opération, soit après, quand on introduit la canule ?

« A cette question du savant professeur, M. Bonnafont a répondu en donnant à entendre qu'il fallait surtout compter sur l'habitude pour pratiquer la perforation ; et tout en reconnaissant le risque de porter la pointe de l'instrument sur l'articulation du manche du marteau, il a fait observer qu'il suffisait, pour éviter cet accident, de diriger l'instrument de haut en bas et d'avant en arrière sur la surface postérieure de la membrane, où il est possible de placer une canule de 3 à 4 millimètres de diamètre, espace qui nous paraît, comme il paraîtra à toute personne connaissant l'intérieur de l'oreille, insuffisant pour permettre le développement des ailettes de son instrument.

« Quant aux renseignements que M. Gosselin a demandés à M. Bonnafont sur les maladies de l'oreille auxquelles il applique son procédé (point important de la question), M. Bonnafont a répondu que la perforation peut et doit être faite avec des chances *certaines* de succès dans ces deux cas : « L'épaississement de la membrane ou son inertie, et peut-être aussi la paralysie des muscles des osselets, faisant d'ailleurs observer qu'il faut pour cela que ces lésions coïncident avec l'intégrité de la sensibilité des nerfs acoustiques, ce dont il est facile de s'assurer en promenant une montre ordinaire sur les régions pariétales, zygomatiques et mastoïdiennes. »

Il est étonnant que M. Bonnafont, qui s'est fait une spécialité des maladies de l'oreille, n'ait pas reconnu qu'avant les deux cas qu'il cite comme nécessitant la perforation de la membrane du tympan (si toutefois cette opération devait être conservée dans la pratique), il fallait admettre surtout l'oblitération congénitale de la trompe d'Eustacne, et l'accumulation du pus dans l'intérieur de la caisse, car l'épaississement de la membrane peut être détruite par des cautérisations, et sa perforation ne peut remédier en rien à la paralysie des muscles des osselets.

Notre honorable confrère se fait d'ailleurs la plus complète illusion, nous dirons plus, il commet la plus grave erreur physiologique, en affirmant que la perforation du tympan sera dorénavant, pour le recouvrement de l'ouïe, ce que l'enlèvement du cristallin, dans l'opération de la cataracte, est pour le recouvrement de la vue, ces deux fonctions reposant sur des données essentiellement différentes, c'est-à-dire que le cristallin ne donne pas la lumière, mais la modifie en la laissant passer, tandis que le tympan donne la perception du son, en mettant en jeu les osselets de la caisse; le cristallin ainsi jouant dans la vue un rôle secondaire, le tympan, au contraire, ayant un rôle principal à remplir.

Aussi a-t-on fort spirituellement objecté à M. Bonnafont que si, après l'opération de la cataracte, on a des lunettes pour suppléer à la modification que le cristallin fait subir à la lumière se répandant sur la rétine, en enlevant le tympan on détruira d'autant plus les vibrations nécessaires à l'audition qu'on enlèvera une plus grande partie de la membrane; soutenir le contraire serait se montrer étranger aux plus simples notions de l'organisme.

Nous faisons, comme on le voit, grâce à M. Bonnafont des accidents survenant souvent à la suite de la perforation du tympan la plus habilement pratiquée, comme les otorrhées, qui sont très-souvent occasionnées par l'inflammation de la membrane, accidents que nous n'avons pas pu toujours éviter et que n'éviteront certainement pas les praticiens qu'une grande habitude n'aura pas initiés au maniement des instruments nécessaires à cette opération.

De l'examen succinct que nous venons de faire du mémoire de M. le docteur Bonnafont, nous croyons donc pouvoir conclure que notre honorable confrère cherchera vainement à réhabiliter et surtout à rendre vulgaire une opération qui, pour avoir eu quelque succès dans un temps, a été presque complétement abandonnée depuis les heureux résultats obtenus par le cathétérisme de la trompe d'Eustache; et dans tous les cas, en admettant les quelques circonstances qui peuvent autoriser la perforation du tympan, non-seulement comme nous l'avons démontré d'une manière irrécusable, M. Bonnafont n'a rien inventé à ce sujet, mais il a proposé pour son exécution des moyens bien inférieurs à ceux déjà depuis longtemps connus. Il ne lui reste donc que d'avoir un des premiers proposé de rendre le tympan insensible par des injections éthérées faites avec l'appareil Richardson. Si c'est là un mérite, nous lui en accordons de plein cœur le bénéfice, et, au besoin, nous userons de son moyen.

Avant de terminer, je commettrais la même faute que le docteur Bonnafont en ne citant pas l'excellent travail que vient de publier M. le docteur Miot, intitulé : *De la myringodectomie.* Dans ce mémoire très-complet, le docteur Miot ne présente pas, et avec raison, la perforation de la membrane du tympan comme un moyen de guérison aussi certain, et ne le préconise que dans certains cas de surdité.

Élève de mon père, qui s'est occupé pendant plus de quarante ans des maladies de l'oreille, et exerçant la même spécialité depuis quinze années, je crois devoir poser avec certitude les conclusions suivantes :

1° La perforation de la membrane du tympan ne doit pas être préconisée comme un moyen *assuré* de guérison dans les dysécies anciennes qui ont résisté à tous les moyens généralement mis en usage.

2° La présence d'une canule engagée dans la membrane du tympan ne peut amener que des accidents inflammatoires très-douloureux et souvent très-graves. (M. le docteur Bonnafont ne publie, du reste, que deux cas de guérison depuis l'année dernière, mais ne cite pas les accidents dont il a été témoin à la suite de la pose de sa canule.)

3° Cette canule engagée dans la membrane du tympan ne peut tomber d'elle-même aussi facilement que le dit notre honorable confrère, qui a dû bien certainement extraire plus d'un corps étranger de l'oreille externe, et qui sait, par conséquent, combien ces corps étrangers sont difficiles à enlever quand il y a des accidents inflammatoires.

4° La perforation simple de la membrane du tympan, bien que peu dangereuse, doit être évitée autant que possible et n'être pratiquée : 1° que dans les cas de collections sanguines ou purulentes dans la caisse; 2° dans certains cas de sclérose; 3° dans l'oblitération congénitale de la trompe, et dans des cas bien rares d'oblitération survenue à la suite de rétrécissement de ce conduit, rétrécissement qui cède presque toujours au cathétérisme et aux cautérisations de la trompe.

La discussion sur ce mémoire est aussi renvoyée après son impression.

—

Hémorrhagie secondaire grave, consécutive à une extraction de dent, compliquée d'une large ouverture du sinus maxillaire. — Guérison par le tamponnement et la compression.

M. Moreau-Marmont : Le but de cette communication est moins de faire connaître une observation, d'ailleurs assez intéressante, que d'affirmer l'importance absolue, à l'exclusion de tout autre moyen, du tamponnement uni à la compression dans le traitement des hémorrha-

gies consécutives à l'extraction des dents. Cette question a, du reste, été étudiée en détail dans un travail antérieur (1).

Observation. — Dans la nuit du 23 au 24 mai dernier, à deux heures du matin, M. M..., âgé de 45 ans, se présentait chez moi, adressé par un de mes confrères les plus honorables, M. le docteur R..., dont la carte portait l'annotation suivante : *Hémorrhagie grave.*

Voici ce qui s'était passé :

M. M..., désireux de se faire extraire, sans souffrance, une deuxième molaire supérieure gauche qui lui causait de vives douleurs, était allé, vers trois heures de l'après-midi, chez un praticien, dans l'intention de se soumettre à l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Là, un employé de la maison lui avait administré le gaz hilariant, et lui avait extrait sa dent au moyen de la clef de Garengeot, en lui fracturant une notable portion du maxillaire supérieur. Sur le moment, une hémorrhagie abondante s'était produite, qui avait bientôt diminué et avait permis à M. M... de rentrer chez lui. Le soir, à dîner, dès les premières cuillerées de potage, le sang avait reparu en abondance, et M. M... avait remarqué qu'il passait aussi par le nez. M. M... ne put pas prendre son repas. A dix heures du soir, voyant le sang s'échapper toujours en abondance par la vaste plaie et par la narine gauche, il fit demander M. le docteur R... Celui-ci jugea immédiatement la chose grave, et après avoir placé un premier pansement qui modéra un peu l'hémorrhagie, il engagea M. M... à venir me consulter, si au bout d'une heure ou deux l'écoulement n'était pas arrêté.

Voici dans quel état j'ai trouvé la bouche :

L'arcade dentaire supérieure n'est pas complète ; elle s'arrête à la deuxième primolaire gauche, la première molaire ayant été enlevée antérieurement et la dent de sagesse n'étant jamais sortie. La place de la deuxième grosse molaire extraite dans l'après-midi, présente une ouverture importante communiquant largement avec le sinus maxillaire, dans lequel le doigt peut pénétrer facilement. Les délabrements de la gencive ne sont pas moindres ; la tubérosité molaire a été mise à découvert, et la plaie totale, se prolongeant jusque vers la deuxième primolaire, n'a pas moins de 5 centim. de long sur 2 centim. 1/2 de large. Le sang s'écoule en nappe par toute la surface de la solution de continuité.

Après avoir nettoyé la plaie, j'introduis dans l'orifice du sinus un gros bourdonnet d'ouate imbibé de teinture de benjoin, qui entre à frottement serré, de façon à opérer une pression sur toute la surface osseuse fracturée. Je place l'un par dessus l'autre deux autres tampons d'ouate de forme plate et oblongue, imbibés également de teinture résineuse. Ces gâteaux d'ouate occupent toute l'étendue de la plaie et se recouvrent l'un l'autre, de manière que le second ne laisse pas passer ce qui pourrait échapper au premier. D'autre part, devant produire, comme on va le voir, une forte compression, il fallait une certaine épaisseur d'ouate pour éviter une trop grande sensibilité. Je prépare ensuite un morceau de liége approprié, mesurant en surface à peu près l'étendue de la plaie, ayant à son centre supérieur une extumescence ronde, destinée à opérer une pression plus forte sur l'ouverture du sinus. Ce morceau de liége, ne pouvant être fixé aux dents voisines absentes, je lui donne une épaisseur d'environ 3 centimètres, disposition qui permet à la deuxième molaire inférieure, seule existante, de produire la compression nécessaire. Je maintiens alors fortement les deux mâchoires au moyen d'une longue bande roulée à deux chefs, et par le bandage dit nœud d'emballeur. Les choses sont laissées ainsi jusqu'au 24 à midi, heure à laquelle je revois M. M...

Le sang n'avait pas reparu ; mais M. M..., malgré sa vigoureuse constitution, était très-faible, ayant perdu beaucoup de sang et n'ayant rien pris depuis 24 heures. J'enlevai le bandage et le coin de liége, sans toucher aux tampons d'ouate, et je l'envoyai faire un bon repas. Aussitôt après, M. M... revint se faire réappliquer le bandage ; le soir, à dîner, même manière d'agir ; le bandage fut conservé toute la nuit suivante.

Le 25, le sang n'ayant pas reparu, le bandage fut supprimé, mais les tampons furent laissés intacts ; ils restèrent en place pendant les deux jours qui suivirent. A ce moment, l'inflammation avait légèrement augmenté, ainsi que le gonflement de la face et des parties lésées. Suppuration assez abondante. Je retirai avec précaution le tampon le plus superficiel, et je conseillai des lotions alternatives avec l'eau phéniquée et l'eau alcoolisée.

Huit jours après l'accident, gonflement dissipé, suppuration moins abondante. Le deuxième gâteau d'ouate est enlevé, portant avec lui, comme le premier, une odeur fétide qui incommode le malade. Le sang reparaît un peu et nécessite l'application d'un nouveau gâteau d'ouate qui arrête immédiatement cette petite hémorragie. Vers le douzième jour, ce gâteau est enlevé et entraîne avec lui le bourdonnet du sinus qui se détache de lui-même.

(1) *De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction des dents.* (*Archives générales de médecine*, nos d'août et septembre 1873.)

Depuis lors, le sang n'a pas reparu. L'ouverture du sinus s'oblitère peu à peu, laissant échapper un peu de pus; quelques injections d'eau pure sont faites dans le sinus qui, du reste, n'est pas malade, mais qui pourrait le devenir par suite du séjour prolongé du liquide purulent. Le malade réclame lui-même ces injections qui le soulagent et le débarrassent pendant quelques heures des inconvénients de cet écoulement.

En résumé, le cas d'hémorrhagie ci-dessus relaté est aussi sérieux qu'il est possible de le rencontrer, sauf la complication redoutable de fracture du corps de l'os avec déchirure de l'artère dentaire, sauf également la qualité d'hémophile d'un sujet qui, comme on le sait, rend l'hémorrhagie dentaire la plus simple presque fatalement mortelle. Or, ainsi qu'on vient de le voir, ce cas n'a pas résisté au tamponnement ni à la compression, et malgré l'étendue considérable de la surface saignante, le sang a tout de suite cessé de couler. Cependant le perchlorure de fer n'a pas été employé, et le seul adjuvant a été la teinture de benjoin qui, avec l'ouate, a constitué une cuirasse imperméable très-efficace. Je crois, du reste que, dans ce cas, le perchlorure de fer aurait été d'une application presque impossible et même dangereuse, vu la communication avec le sinus maxillaire. On l'emploie, en effet, dans des conditions bien plus favorables lorsque l'alvéole est intact, et que l'on introduit une petite mèche, légèrement imbibée, dans chaque division radiculaire; car alors son action se trouve limitée.

Quant au cautère actuel, il était encore plus impraticable et plus dangereux. On ne pouvait sans inconvénient plonger le fer rouge dans le sinus maxillaire et cautériser toute cette vaste plaie, et l'eût-on fait avec succès, que la chute des eschares aurait ramené, comme toujours, une hémorrhagie plus abondante et dont on se serait rendu maître bien moins facilement.

La discussion sur ce dernier mémoire, est, comme les deux précédentes, renvoyée après son impression.

— La séance est levée à six heures.

Le Secrétaire annuel, Dr C. MAURY.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Session de 1877 — Congrès du Havre (1)

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

M. Aubert expose le résultat de ses recherches sur les modifications de la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau. Mais il s'agissait dès l'abord de déterminer la sécrétion normale. Il y est arrivé par un procédé très-ingénieux : il applique un papier sur la peau, au niveau de chacun des orifices glandulaires ; la sueur vient humecter le papier, mais la trace qu'elle laisse est invisible; pour la révéler, plusieurs moyens peuvent être employés, dont le meilleur consiste à passer sur le papier un pinceau de nitrate d'argent, qui agit sur le chlorure de sodium de la sueur, et un pointillé violet apparaît sur le papier. Chacun des points correspond à l'orifice d'une glande sudoripare. A l'aide de ce procédé, M. Aubert a pu étudier les modifications de la sécrétion sudorale dans les maladies de la peau, nœvus, taches vineuses, ichthyose, pélade, érysipèle, gale, lupus, favus, herpès simple, herpès circiné, psoriasis, etc. Dans tous les cas, il a pu constater cette loi générale que les irritations de la peau suppriment complétement la sécrétion sudorale, et même, lorsque l'irritation a disparu, il faut un certain temps avant que la sécrétion reparaisse. Dans le tissu de cicatrice, il y a destruction d'une très-grande quantité de glandes; mais les glandes qui persistent ont une sécrétion exagérée.

M. Ollier expose les procédés qu'il emploie pour obtenir la cure radicale des kystes de la thyroïde. Cette opération passe pour une des plus grandes de la chirurgie, et cependant elle peut être faite sans grands dangers. A Lyon, les kystes ne sont pas rares, on les y observe beaucoup plus fréquemment que dans les hôpitaux de Paris, aussi s'en occupa-t-on de bonne heure. Bonnet, de Lyon, avait une méthode que l'on connaît; il faisait sur les hydrocèles du cou des applications répétées de pâte de Canquoin. Mais ce traitement est horriblement douloureux et fort long ; la douleur ne reste pas localisée dans les points attaqués par les caustiques, mais elle irradie le long du cou et de la tête, vers les bras, la poitrine, et la souffrance est quelquefois intolérable. On pourrait croire, à voir la saillie de la tumeur, qu'elle est très-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 1er, 6, 13, 18 et 20 septembre.

superficielle et que le caustique atteindra immédiatement la cavité. Il n'en est rien, et il faut souvent des applications successives pendant plus de quinze jours avant d'ouvrir la tumeur. Enfin, un autre inconvénient très-grave de la méthode de Bonnet, c'est que le caustique ulcère la peau dans une très-grande étendue, et laisse des cicatrices difformes, d'un aspect fort désagréable, surtout chez une femme.

C'est pour obvier à ces divers inconvénients que M. Ollier a imaginé son procédé plus expéditif, moins douloureux et laissant des traces bien moins étendues. Il ne faut pas songer à l'ouverture simple, où des liquides deviennent septiques dans la cavité ouverte, et où des symptômes très-graves d'infection putride se manifestent; la ponction par aspiration a les mêmes inconvénients, et la déplétion de la poche provoque souvent des hémorrhagies redoutables; les vaisseaux de la paroi du kyste, n'étant plus soutenus par le liquide de la poche, se dilatent, se rompent, et l'hémorrhagie a lieu. Voici comment opère M. Ollier : Il fait une incision sur la tumeur et arrive jusqu'à elle en procédant couche par couche; il coupe la peau, le tissu cellulaire, etc.; il rencontre le sterno-mastoïdien souvent étalé au-dessus de la tumeur; il le dissèque avec soin et le fixe à la peau, et arrive ainsi jusqu'à la paroi du kyste. Il fait alors une large application de pâte de Canquoin, qui modifie la paroi de la tumeur; cette paroi se sphacèle et s'ouvre spontanément; mais il ne se fait pas d'hémorrhagie. Lorsque la poche est ainsi ouverte, M. Ollier passe un drain et fait de très-fréquents lavages dans l'intérieur de la poche. Il évite ainsi la transformation des matières organiques et la septicémie qu'elles provoquent. Par ce procédé, M. Ollier a obtenu de magnifiques résultats, et n'a eu qu'une seule terminaison funeste.

M. Fauvel communique quatre observations de suture du tibia pratiquées à l'hôpital du Havre depuis 1869. Trois des malades sont guéris; un seul est mort. Dans tous les cas, il n'y avait, eu égard aux larges plaies communicantes, d'autres ressources que l'amputation.

M. Bouteiller, de Rouen, après avoir défini la statistique médicale, et montré qu'elle est utile et possible, demande un certain nombre de réformes.

En ce qui concerne les divisions par âge, il fait voir qu'il y a divergence dans les tableaux des divers ministères pour les décès dans les maternités, dans les tableaux des causes de décès dans chaque commune. Pour l'inscription des mort-nés, etc., il y a aussi des réformes urgentes à faire. M. Bouteiller conclut à la formation de comités de statistique dans chaque canton, dans chaque arrondissement, dans chaque chef-lieu, et enfin d'un comité central consultatif séant à Paris. Ces comités devraient être composés : 1° de chefs d'administration; 2° de médecins ayant des fonctions se rattachant aux diverses questions; 3° de statisticiens libres.

M. Duménil étudie une affection qu'il propose d'appeler la dermite papillaire chronique envahissante.

M. Broca clôt la séance et la session par une communication sur la thermométrie cérébrale et le rôle qu'elle peut jouer dans le diagnostic des maladies de l'encéphale. Voici les résultats obtenus par M. Broca, d'abord à l'état physiologique : La température maximum du cerveau a été trouvée de 34°,85; la température minimum de 32°,80; la température moyenne serait donc de 33°,82. Mais, par des expériences comparatives, M. Broca a trouvé que la température à gauche est sensiblement plus élevée qu'à droite. C'est ainsi qu'à droite la température moyenne est de 33°,90, tandis qu'à gauche elle dépasse un peu 34. Il y a donc à l'état normal une température plus élevée à gauche qu'à droite, et cela de 1/10° de degré environ. Mais, chose remarquable, cette inégalité n'existe qu'à l'état de repos. Lorsque le cerveau travaille, l'équilibre tend à s'établir, et les deux hémisphères donnent un chiffre semblable. M. Broca ne s'est point arrêté dans cette analyse, et après avoir comparé le cerveau droit au cerveau gauche, il a voulu comparer entre eux les divers lobes d'un même hémisphère, et il a constaté que la température du lobe occipital était de 32°,92, celle du lobe temporal de 33°,72, et enfin celle du lobe frontal de 35°,28; on peut voir, par ces chiffres, combien l'activité fonctionnelle du lobe frontal doit l'emporter sur celles du lobe occipital et temporal. Mais, lorsque le cerveau travaille, les chiffres ne sont plus les mêmes; tandis que le chiffre, à l'état de repos, est de 33°,92, il a atteint jusqu'à 34°,23 dans le cerveau travaillant.

Les recherches thermométriques du cerveau, à la clinique, faites par M. Broca, sont encore trop peu nombreuses pour qu'il puisse en découler une conclusion formelle. De deux observations rapportées par M. Broca, il semble résulter qu'au niveau de l'embolie il se fait une diminution de température.

(Extraits des comptes rendus publiés par la *Revue scientifique.*)

JOURNAL DES JOURNAUX

De l'orchite dite métastatique dans les oreillons, par M. SOREL. — Sur 35 militaires atteints par une épidémie d'oreillons, en 1876, 3 furent atteints d'orchite sans oreillons, et 12 d'orchite succédant aux oreillons ou les accompagnant. On admet ordinairement que l'orchite des oreillons est parenchymateuse et que l'épididyme reste intact. D'après l'auteur, cela est faux, et l'épididyme est souvent le premier atteint. De plus, il n'y a pas à proprement parler orchite, mais état fluxionnaire actif avec épanchement intra-glandulaire, ce qui explique la tension du testicule et la destruction possible de ses éléments par compression. Quand la glande est volumineuse, il y a, en outre, épanchement extra-glandulaire déterminé par les difficultés de la circulation et caractérisé par la présence de liquide dans la vaginale.

L'auteur a surtout étudié la fièvre dans les oreillons, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Avant l'apparition de l'orchite, quand l'oreillon existe seulement, la température est ou normale ou abaissée de quelques dixièmes de degré.

2° D'après douze observations d'orchite avec oreillons, il résulte que la fièvre existe toujours dans ces cas. Cette fièvre naît peu à peu, sans être précédée de frissons ; elle s'accompagne d'anorexie, de soif, d'abattement, de céphalalgie ; la langue est blanche, saburrale. *Le caractère propre de cette fièvre est d'avoir une marche cyclique qui domine l'état local* ; elle peut précéder la manifestation testiculaire, et l'élévation de la température n'est pas toujours en raison directe de l'intensité de l'état local. De plus, cette fièvre ne se comporte pas identiquement dans tous les cas d'orchite, sa défervescence a lieu au cinquième jour ou au troisième, et la fièvre apparaît suivant un mode différent et évolue d'après des types déterminés, mais multiples.

Ainsi, dans les cas où la défervescence est achevée le cinquième jour, la fièvre naît avec les premiers symptômes locaux ;

Quand la défervescence est complète au septième jour, trois modes se présentent : ou la fièvre est congénère de l'orchite, ou elle la précède, ou l'orchite devient double ;

Enfin, une période plus ou moins prolongée, où la température reste abaissée au-dessous de la normale, succède souvent à l'orchite dans les oreillons.

Le chiffre thermique le plus élevé oscille entre 39° et 39°7.

De ces recherches, l'auteur conclut que la *febris testicularis* de Morton existe réellement et que la fièvre testiculaire dans l'oreillon place cette maladie à côté des fièvres éruptives, comme l'a fait M. Colin.

De plus, M. Sorel démontre que l'orchite ne doit pas être regardée comme une affection métastatique. M. Czernicky, croyant à une métastase, en avait conclu qu'il fallait employer le jaborandi pour exciter la sécrétion des glandes salivaires et faire rétrocéder ainsi rapidement les testicules. Mais, dans une affection où le cycle est défini et dont la durée peut n'être que de cinq jours, on comprend que toutes les médications enregistreront des succès brillants, surtout si elles sont données au troisième jour, par exemple, quand la défervescence naturelle est près de se faire. Le jaborandi ne peut donc entraver la marche de la maladie, il ne prévient pas l'orchite double, pas plus que l'atrophie consécutive.

En résumé, l'orchite n'est pas le produit d'une métastase ; « oreillons et orchite sont les produits d'une même affection générale; ils évoluent simultanément avec une certaine indépendance relative et donnent lieu dans leurs rapports à toutes les combinaisons possibles. » Il n'y a pas coïncidence de deux états dus au froid, comme l'a enseigné Béhier, la fièvre peut en être la première manifestation, et l'orchite apparaît souvent longtemps après les oreillons. (*Recueil des mém. de méd. chir. et pharm. militaires*, mai-juin 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

SOLUTION ADHÉSIVE CONTRE LE PSORIASIS. — W. COTTLE.

Caoutchouc.	15 grammes.
Chloroforme	225 —

Faites dissoudre.

Dans les cas de psoriasis chronique, qui s'accompagnent d'une production excessive d'écailles sèches, et parfois de croûtes épaisses, on enlève aussi bien que possible les croûtes et les écailles, et on fait disparaître toute trace de graisse, en essuyant la peau avec un linge imprégné d'éther ou d'alcool rectifié. Cela fait, on sèche soigneusement la peau ; puis, à l'aide d'un

pinceau, on étale sur les régions malades une couche épaisse de la solution de caoutchouc. On renouvelle cette application, aussi souvent qu'il est nécessaire, pour former et maintenir une couche continue de caoutchouc uniforme et bien adhérente.

Ce mode de traitement ne nécessite pas la réclusion du malade, et ne lui occasionne aucun embarras, en raison de la facilité de son application. L'enduit de caoutchouc semble agir en empêchant l'évaporation, et en arrêtant la transpiration cutanée. Il en résulte que la peau, qui était auparavant sèche et dure, devient souple et presque moite, que les écailles et les croûtes ne montrent presque aucune tendance à se reformer, et que, sous l'enduit, la peau redevient presque normale. Au bout d'un certain temps, la couleur rouge vif des taches se flétrit; cependant elles restent, pendant un certain temps, plus foncées que le reste de la peau.

L'auteur pense que ce traitement est applicable aussi à certains cas d'eczéma chronique, mais il n'a pas encore assez recueilli d'observations pour oser conclure.

En tout cas, le traitement local par l'enduit de caoutchouc ne dispense point, bien entendu, d'un traitement interne approprié. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 25 Septembre 1740.

Germain Préaux, professeur au Collége royal, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris (18 septembre 1674), meurt, et est enterré à Saint-Nicolas-des-Champs. Il était âgé de 88 ans, et fils d'un autre Germain Préaux, également médecin, qui alla de vie à trépas le 3 novembre 1686. On les confond souvent tous les deux. — A. Ch.

COURRIER

Le numéro de ce jour contient un Supplément de huit pages.

Nécrologie. — On lit dans le *Journal de Toulouse* :

« Samedi, 15 septembre, un long cortége de parents et d'amis, de serviteurs et d'indigents conduisait à sa dernière demeure, Jean-Baptiste Duclaux de Martin, né le 13 février 1798, docteur-médecin à Saint-Julia, médecin cantonal, médecin des épidémies de l'arrondissement de Villefranche, membre correspondant de l'Académie de médecine de Toulouse.

« Modèle accompli du médecin, religieusement voué à l'exercice gratuit de sa noble profession, le docteur Duclaux de Martin est mort debout, sur la brèche, dans la 80e année de son âge, dans toute la vigueur de son intelligence, plein d'ardeur pour le travail et de vénération pour la science.

« Il y a huit jours à peine, l'Académie de médecine lui décernait une médaille, en récompense d'un remarquable mémoire; la veille de sa mort, il donnait gratuitement ses soins aux pauvres qui pleurent leur bienfaiteur.

« Homme de bien par dessus tout, esprit actif, aimable et cultivé, cœur profondément bon et dévoué, dans le cours de sa carrière médicale les Académies de Paris et de Toulouse ont décerné seize médailles à ce praticien intelligent et infatigable, cinq médailles, entre autres, pour services d'épidémie, et une, qui lui mérita la reconnaissance publique de ses concitoyens, pour services exceptionnels pendant le choléra. »

La serre des reptiles. — Il est question de faire quelques réparations indispensables à la magnifique serre des reptiles du Jardin des Plantes. Depuis que les serpents ont leur palais comme les singes, on a eu le temps de faire des observations sérieuses sur les conditions à remplir pour assurer leur hygiène. Le croirait-on? On n'a pas tardé à s'apercevoir que l'ancienne serre, où le jour pénétrait à peine, était beaucoup plus favorable à la santé de ses hôtes que la nouvelle, où l'on a prodigué les grottes, les plantes exotiques; enfin, un luxe auquel les serpents du Jardin des Plantes n'étaient pas accoutumés.

Deux obstacles s'opposent à la conservation des diverses espèces de reptiles : la lumière trop éblouissante pour eux et la température qu'il est très-difficile de conserver dans les conditions nécessaires. La liste serait longue des serpents qui manquent aujourd'hui à nos collections, et qui sont morts par suite des dispositions mal comprises de la nouvelle serre. L'ancienne, si incommode pour le public, avait été aménagée par Vallée, l'homme de France qui connaissait le mieux la question des reptiles. Tous les muséums de l'étranger, et en particulier celui d'Amsterdam, avaient imité l'organisation de Vallée et s'en sont bien trouvés. (*La France.*)

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A qui le tour? se demandait-on à l'Académie. Au salicylate de soude, a répondu M. le Président, en appelant à la tribune l'honorable et excellent professeur, M. Bouchardat, qui avait quelques pages humouristiques à communiquer à la Compagnie sur le médicament à la mode. M. Bouchardat n'est pas enthousiaste de la nouvelle médication instituée contre le rhumatisme et la goutte. Il craint qu'on n'ait exagéré ses avantages, et il ne peut oublier que beaucoup d'autres médications, également vantées autrefois, n'ont pu soutenir leur réputation au delà d'un certain temps. Il convient cependant que, dans le rhumatisme articulaire aigu, le salicylate de soude atténue ou fait taire la douleur. Est-ce un bien? est-ce un mal? Reprenant, à cet égard, l'argumentation de M. Gueneau de Mussy, M. Bouchardat n'est pas éloigné de penser que la terminaison fatale, qui était autrefois une exception fort rare dans le rhumatisme articulaire aigu, est devenue beaucoup plus fréquente aujourd'hui que l'on emploie contre cette maladie une thérapeutique très-active.

Quant à la goutte, M. Bouchardat voudrait qu'on y touchât le moins possible; son traitement, à lui, serait à peu près exclusivement hygiénique et consisterait en la sobriété en toutes choses.

Cependant, dans ce traitement hygiénique, M. Bouchardat ne comprend pas qu'on fasse entrer, comme le demande M. Sée, l'abstinence du vin de Bourgogne. En sa qualité d'œnophile, de grand propriétaire de vignes et de Bourguignon, M. Bouchardat proteste contre la prohibition demandée par M. Sée. Le vin de Bourgogne n'est nuisible en rien, il n'y a qu'à savoir le boire, et, sous ce rapport, dit l'honorable professeur, nos compatriotes du département du Nord et les Belges, qui n'achètent guère et qui ne boivent que des vins de Bourgogne, sont nos maîtres.

M. Sée n'a pas voulu laisser l'assistance sous l'impression de cette allocution de M. Bouchardat, prononcée avec une bonhomie qui n'est pas sans malice. M. Bouchardat avait contesté, ou tout au moins mis en doute l'influence du salicylate de soude sur la durée, sur l'absence de complications, et sur la terminaison du rhumatisme aigu. M. Sée, revenant sur ces trois points, a soutenu que la durée de la maladie était très-notablement diminuée, qu'il ne connaissait aucune complication que l'on pût attribuer à l'emploi du médicament, et que, quant à la terminaison,

FEUILLETON

LA MÉDECINE EN SUÈDE

La Suède possède deux Universités : 1° celle d'*Uppsal*, la plus vieille du Nord, inaugurée le 21 septembre 1477; 2° celle de *Lund*, inaugurée le 28 janvier 1688.

Un chancelier a la suprême direction, mais la direction immédiate est effectuée, sous le contrôle d'un vice-chancelier, par le recteur et le Conseil académique. Les vice-chanceliers sont : à Uppsal, l'archevêque et, à Lund, l'évêque. Un des professeurs est, chaque année, chargé des fonctions de recteur. Chaque Université comprend quatre Facultés : théologie, médecine, droit et philosophie. Les présidents des Facultés qui prennent le titre de doyens alternent annuellement. Chaque Faculté confère trois degrés et dignités : ceux de candidat, de licencié et de docteur. Les étudiants sont divisés en *Unions provinciales,* aussi appelées nationalités, qui correspondent aux évêchés ou provinces de la contrée. Chaque union provinciale (13 pour Uppsal et 8 pour Lund) est sous la direction d'un inspecteur, qui est l'un des professeurs, et d'un ou plusieurs curateurs, qui sont choisis parmi les plus jeunes maîtres ou parmi les plus vieux étudiants; dans les Unions, les étudiants sont divisés en *seniores, juniores, recentiores* ou *novicii.*

L'année académique est divisée en deux semestres : 1° du 1er septembre au 15 décembre; 2° du 15 janvier au 1er juin. Comme toute l'instruction, en Suède, est donnée aux frais de l'État, l'éducation dans les Universités n'entraîne pour les étudiants d'autres dépenses que celles qui sont nécessitées par le séjour. Pour être matriculé à l'Université, il faut avoir subi

on n'avait encore cité, en France, qu'un seul cas de mort que l'on ne savait, du reste, à quoi attribuer, et quelques cas en Allemagne, que l'on peut attribuer avec raison aux doses énormes auxquelles le médicament a été administré.

Si l'on n'observait autrefois qu'exceptionnellement des terminaisons funestes dans le rhumatisme aigu, c'est qu'on ne connaissait pas et qu'on ne savait pas reconnaître le rhumatisme cérébral, si souvent mortel. Ce serait d'ailleurs une erreur de croire que Chomel, par exemple, dont on a si souvent invoqué l'autorité dans cette discussion, n'employait pas une médication active contre le rhumatisme aigu. Chomel, au contraire, le combattait par des doses énormes d'opium, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les leçons de ce maître, sur le rhumatisme, publiées par Requin.

Quant à la goutte, M. Sée ne peut consentir à la traiter seulement par l'hygiène. Comme dans le rhumatisme aigu, le salicylate de soude modifie et supprime la douleur dans les accès aigus de la goutte. Dans la goutte chronique, le médicament a la propriété de fondre les engorgements articulaires.

Notre compte rendu de la séance donnera des détails plus étendus sur cette discussion, qui s'est terminée par une revendication de M. Jules Guérin en faveur du traitement qu'il a institué depuis longtemps contre le rhumatisme aigu, et qui consiste dans l'emploi d'onctions avec le tartre stibié, pratiquées sur les articulations affectées. A. L.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

SOMMAIRE. — Un contre-poison officinal. — L'iodure d'amidon. — La morphine et l'hyoscyamine. — Les bromhydrates de cicutine et de quinine. — Fuschine dans l'albuminurie. — Huile de croton contre la teigne.

I

On s'est souvent préoccupé de savoir s'il ne serait pas possible de doter notre formulaire officinal d'un contre-poison qui répondit à ce que réclament la plupart des empoisonnements, qui pût être toujours dans la main du médecin, et administré par conséquent d'emblée, avant que les indications plus spéciales aient eu le temps de se poser, soit d'après les renseignements et les anamnestiques, qui font souvent défaut en cas d'accident, soit en raison des phénomènes recueillis par l'observation du malade.

---

un examen complet dans l'une des écoles dites hautes écoles élémentaires de la contrée, en présence de censeurs spéciaux nommés à cet effet.

Les femmes ont été admises récemment au droit de subir les examens d'immatriculation et à préparer les autres épreuves consécutives.

En 1875, la Faculté de médecine de l'Université d'Uppsal comptait : Professeurs, 7; — adjoints, 5; — docents, 2; — étudiants, 151.

La Faculté de médecine de l'Université de Lund comptait : Professeurs, 5; — adjoints, 3; — docents, 1; — étudiants, 44.

Un professeur touche des appointements de 6,000 kr., soit une somme de 8,340 francs.

Un adjoint émarge 3,000 kr., soit 4,170 francs.

Les docents n'ont pas de traitement, mais ils sont rétribués pour les remplacements et pour les leçons particulières qu'ils peuvent donner.

Il existe pour les étudiants et aussi, dans certains cas, pour les plus jeunes maîtres, des sommes considérables provenant soit de donations aux Universités, soit des autorités, soit des étudiants eux-mêmes (Unions nationales). Ces fonds sont destinés à des voyages ou à des bourses.

Les Universités sont riches; d'importantes dotations et de gros revenus ont été donnés par les rois.

L'Institut royal médico-chirurgical, à Stockholm, date de 1667, fait partie des Facultés de médecine, des Universités, et perfectionne les médecins en leur donnant la principale partie de leur instruction pratique, tant en médecine qu'en chirurgie, dans les hôpitaux de la capitale. De même que les Facultés des Universités, il est admis à préparer pour la pratique médicale et l'examen de licence médicale.

M. Mialhe a préconisé, dans ce but, le sulfate de fer hydraté, associé à la magnésie calcinée; c'est, en effet, un bon contre-poison des sels métalliques, qu'il désoxyde et transforme en sulfures inoffensifs. Mais ce contre-poison à l'inconvénient de dégager de l'acide sulfhydrique en présence des acides; sa préparation est délicate et sa conservation difficile.

M. Dorvault a proposé, contre les empoisonnements métalliques, cyaniques et alcaloïdiques, une formule composée, par parties égales, de magnésie calcinée, de peroxyde de fer et de charbon animal en poudre lavé. Mais le mélange, lui aussi, ne tarde pas à s'altérer, quand on le conserve quelque temps.

M. Jeannel propose de garder séparément : 1o une solution de sulfate de fer, et 2o un mélange de 80 grammes de magnésie calcinée et de 40 grammes de charbon animal, dans 800 grammes d'eau distillée. Ce mélange, ajouté, au moment de s'en servir, à la solution numéro 1, forme le contre-poison, que l'on administre coup sur coup, par doses de 50 à 100 grammes. Ce contre-poison rend insolubles les préparations d'arsenic, de zinc, de digitaline. Il sature totalement l'acide libre, n'agit que partiellement sur les hypochlorites alcalins et sur l'oxydule de cuivre. Il laisse aussi en dissolution quelque peu de morphine et de strychnine, et l'oxyde de mercure en notable quantité. (*Répertoire de pharmacie.*)

Je ne quitterai pas le chapitre des empoisonnements sans signaler la communication faite à la Société médico-physique de Florence, par le professeur Ranieri Bellini, sur l'iodure d'amidon, que Bouchardat et Quesneville ont introduit des premiers dans la thérapeutique, et que j'emploie souvent, pour ma part, dans les indications qui réclament une médication altérante active, alors que l'estomac se refuse à accepter l'iode sous une autre forme.

L'iodure d'amidon est un antidote chimique qui convient spécialement dans les empoisonnements par le soufre, par les sulfures alcalins et terreux, par les alcalis caustiques, par l'ammoniaque et par tous les alcaloïdes. C'est, de plus, un éliminateur, utile à employer dans les intoxications métalliques anciennes, notamment dans celles qui appartiennent au plomb et au mercure.

L'auteur, d'ailleurs, recommande de faire toujours vomir le malade peu de temps après qu'on lui a administré le contre-poison, pour le débarrasser des produits chimiques qui résultent de la décomposition du toxique, lesquels pourraient se décomposer à leur tour.

— Après les études que M. Voisin vient de faire sur l'action bienfaisante des

---

L'Institut est sous la direction du chancelier de l'Université d'Uppsal, et les statuts et règlements d'Uppsal y sont en vigueur.

On y compte : 8 professeurs; — 5 professeurs extraordinaires; — 5 adjoints; — 4 docents; — 100 étudiants.

L'Institut pharmaceutique, à Stockholm, réunit de 60 à 70 élèves.

Les Écoles de sages-femmes de Stockholm (1760), de Lund et de Gotebord, font des cours qui durent une année, et délivrent environ cent brevets par an. Enfin, le Central et Royal Institut gymnastique de Stockholm comprend une division médicale qui fait des cours et traite des patients.

La Suède nous offre encore : la Société des médecins suédois, la Société de pharmacie, la Société anthropologique, et des muséums à Stockholm, Uppsal, Lund, Gotebord, Uddevalla, etc.

Le charlatanisme est sévèrement prohibé; la direction de tout ce qui est médical appartient au Bureau de santé. Des médecins sont nommés dans chaque ville ou dans chaque district pour faire le service des hôpitaux et des asiles.

En 1873, la Suède comptait 61 hôpitaux, avec 3,436 lits; plus, 26 autres maisons pour les enfants, avec 1,154 lits; 9 asiles des fous, avec 1,154 lits; 217 pharmacies, 558 médecins diplômés, 2,043 accoucheuses, etc.

Les vaccinations, dans cette même année, furent de 85 pour 100 des naissances; la journée d'hôpital revint à 1 kr. 12, soit à peu près 1 fr. 50 cent.

La *Société centrale suédoise pour les soins volontaires aux malades et aux blessés en temps de guerre* fut fondée le 3 décembre 1864, sous la présidence de Son Altesse royale le duc d'Ostergotland, aujourd'hui roi sous le nom d'Oscar II.

injections sous-cutanées de morphine, dans certaines formes de folie, on lira avec intérêt un article du *Practitionner*, dans lequel M. Breward Neal étudie la même question. Selon lui, la morphine est indiquée, dans les cas de manie aiguë, quand tout révèle un état d'hypersthénie cérébrale et vasculaire. Il y ajoute encore de faibles doses de tartrate d'antimoine, seul ou conjointement avec le chloral, pour calmer l'excitation cardiaque. Dans les cas où l'excitation se lie à un état inflammatoire confirmé du cerveau, alors que la connaissance est nulle et que la compression cérébrale se manifeste par la dépression de l'activité encéphalique, la morphine est contre-indiquée.

Elle convient, au contraire, aux cas où domine la forme mélancolique, comme l'a bien vu M. Voisin; elle répond aussi aux états anémiques du cerveau, comme l'indiquait récemment le docteur Huchard; enfin, suivant le docteur Breward Neal, elle conviendrait aussi aux cas où existe une congestion veineuse passive. C'est, en tous cas, à doses fractionnées qu'il importe d'administrer le médicament.

Le docteur Robert Lawson, étudiant, dans le même recueil, les effets thérapeutiques de l'hyoscyamine, conclut que ses indications sont, pour ainsi dire, opposées aux précédentes; c'est dans toutes les formes d'excitation et d'hypersthénie cérébrales qu'il convient d'employer l'hyoscyamine. L'auteur l'a surtout prescrite dans les cas de manie récurrente, aiguë ou subaiguë, dans la monomanie de la persécution. Il suffit, ajoute-t-il, d'un grain de l'alcaloïde amorphe pour plonger, au bout d'un quart d'heure, dans un sommeil des plus favorables, le malade le plus agité. Ce même agent peut encore être utile dans certaines phases aiguës de la démence sénile et dans quelques autres phases de manie propres aux épileptiques.

Toutefois, comme la dose en doit être portée assez haut, on n'oubliera pas que l'hyoscyamine a l'inconvénient d'affaiblir le cœur, de ralentir la circulation, et aussi d'entraver la déglutition par la sécheresse qu'elle produit dans le pharynx.

— Après les heureux essais qui ont signalé l'usage, en médecine, des composés du brôme, et en particulier des bromhydrates, je crois devoir relever soigneusement les avantages que l'on peut tirer de deux de ces sels : je veux parler du bromhydrate de cicutine et du bromhydrate de quinine.

Le bromhydrate de cicutine, je l'ai employé avec succès dans un cas de toux spasmodique, consécutive à une pleurésie ancienne, chez une malade atteinte, d'ailleurs, d'une légère maladie du cœur, encore à la période systolique. On sait que la

---

En temps de paix : La Société doit s'instruire surtout sur les besoins et sur les modes de soulagement des malades et blessés de la guerre, encourager la formation des Sociétés secondaires, solliciter du public des contributions d'argent, des moyens de transport et autres objets nécessaires, rechercher et former des volontaires, et se mettre en rapport avec les Associations de même ordre des autres pays, et particulièrement celle de Genève.

En temps de guerre : La Société doit mettre à la disposition du département administratif de l'armée le matériel et le personnel, donner assistance, autant que possible, pour les transports et les hôpitaux.

L'Association s'efforce de trouver des emplois aux soldats qui, par suite de blessures, sont devenus incapables de travailler; elle doit secourir aussi leurs familles, leurs veuves, leurs enfants, etc.

Un des principaux objets de la Société a été d'enrôler et de dresser des infirmières; dans ce but, une dame suédoise, nommée E. Rapp, fut envoyée à Londres suivre les cours de l'institution spéciale de miss Nightingale, et, depuis son retour, elle est restée attachée à l'hôpital académique d'Uppsal et y forme des élèves.

A l'Exposition de Paris en 1867, la Société reçut un prix pour les objets qu'elle exposait; elle envoya des délégués à Vienne en 1873, à Genève en 1868, et à Berlin en 1869. La Société obtint du roi d'envoyer quatre médecins à la guerre franco-allemande; en outre, neuf autres médecins, qui tous étaient membres de la Société, ont pris part à cette campagne, et lui ont envoyé leurs observations.

En cas de guerre, l'Association entre au service de l'armée, sous la direction et le commandement des chefs militaires; jamais un de ses membres n'obtient de situation indépendante, et tous ses agents sont subordonnés au personnel régulier. (Extrait des *Statistiques* du docteur Elis Sidenblah.)

Dr A. GUICHET.

cicutine agit en paralysant le système nervo-moteur, soit directement (Sée), soit après altération spéciale du sang (Casaubon, Pelvet et Martin Damourette). Rapprochée du curare, pour ses effets sur le système nerveux moteur périphérique, elle en a été séparée nettement par M. Vulpian, qui a montré que la neurilité du pneumogastrique est spécialement atteinte par la cicutine, tandis qu'elle est respectée par le curare.

M. Dujardin-Beaumetz a ajouté à ces données celles qui résultent de son observation; et, du travail qu'il a lu à la Société de thérapeutique, on doit conclure que la ciguë et ses sels doivent être employés contre les accidents convulsifs en général, et en particulier contre ceux qui ont leur point de départ dans le nerf pneumogastrique. Cette indication suffit à faire comprendre que le bromhydrate de cicutine sera encore plus efficace que la cicutine seule, ou tel autre de ses sels; le bromhydrate est d'ailleurs lui-même, un sel soluble, d'une administration facile, même en injections sous-cutanées. Ces injections sont facilement tolérées; et, à la dose de 1 centigramme à la fois, ce qui est loin d'être une dose toxique, elles ont déjà une portée physiologique et pathologique fort effective. La formule proposée par notre auteur est de 0,50 centigrammes de bromhydrate de cicutine pour 23 grammes d'eau, avec addition de 1 gr. 50 d'alcool. La goutte renferme alors 1 milligramme. Par l'estomac, on peut en donner à la fois 1 centigramme.

Les maladies contre lesquelles on a donné le bromhydrate de cicutine avec succès sont : le tétanos (Stewart, Corry), la chorée (Welch, John Harlay), la coqueluche (Schlesinger, Butler, Armstrong, Odier, Hamilton, Sprengler, Cazin), la bronchite et la laryngite spasmodique (Mega), la dysphagie spasmodique (Hufeland), etc. Dujardin-Beaumetz, auquel j'emprunte ces citations, propose de l'employer aussi dans les névralgies.

M. Mourrut, qui a fait de ce même agent une étude attentive, fait observer que, son élimination étant rapide, on peut, sans danger, élever la dose jusqu'à 4 à 5 centigrammes par jour, à doses fractionnées. Il ne faut pas oublier toutefois que les alcalis, qui mettent la cicutine en liberté, pourraient provoquer des accidents s'ils se rencontraient avec le bromhydrate.

— Quant au bromhydrate de quinine, j'en ai déjà dit ici quelque chose; je n'y reviens aujourd'hui que pour indiquer le travail de M. Raymond, inséré dans le *Journal de thérapeutique*. Après la note de M. Gubler et celle du docteur Soulez, il était établi que ce sel est supérieur, comme action, au sulfate de quinine; que son innocuité le rend facile à employer en injections sous-cutanées, qu'il n'irrite pas l'estomac et ne produit que peu d'ivresse quinique, enfin, que son action est des plus promptes et peut conjurer un accès, une heure seulement après qu'il a été administré.

M. Raymond prouve, de plus, par ses observations, que le bromhydrate de quinine n'est pas seulement indiqué pour combattre les affections paludéennes, mais qu'il peut encore remplacer avec avantage le sulfate de quinine dans tous les cas où ce médicament a paru utile.

On comprendra encore mieux l'utilité d'un semblable médicament, quand on verra les dangers qu'il y a à employer le sulfate de quinine en injections sous-cutanées. On peut lire, en effet, dans le *The Lancet*, 1876, la relation de deux cas de tétanos consécutif à l'injection hypodermique de sulfate de quinine. Le docteur Roberts, qui rapporte ces faits, avait toutefois souvent employé ce même moyen sans accidents.

— La fuschine, dont il est fait grand état en ce moment, en profite, à ce qu'il paraît, pour entrer dans le domaine de la thérapeutique. MM. Bergeron et Clouet ont publié, dans le *Répertoire de pharmacie*, une série de recherches dont il résulte que l'usage de la fuschine pure serait à peu près sans inconvénient dans l'alimentation. Toutefois, comme les fuschines du commerce sont toutes plus ou moins impures et arsenicales, il est bon de se tenir en garde contre elles, et hygiénique de s'en abstenir.

Toutefois, la fuschine pure aurait eu un effet utile dans le traitement de l'albu-

minurie. En effet, M. Feltz aurait vu aussi l'albumine disparaître des urines d'un malade notoirement albuminurique, auquel il fit prendre, un jour 5 centigrammes, et le lendemain 10 centigrammes de fuschine pure. Peut-être y a-t-il là quelque chose d'utile à appliquer; il reste à en préciser l'indication.

— On ne saurait trop s'attacher à recueillir les moyens de traitement qui promettent de simplifier la cure, jusqu'ici laborieuse et incertaine, de maladies graves, ou tout au moins pénibles, telles que la teigne. C'est pourquoi, après avoir signalé déjà comme, ayant donné de bons résultats, l'usage topique de la teinture d'iode dans le traitement de cette maladie, je noterai encore aujourd'hui celui que propose M. Ladreit de la Charrière. Il consiste dans l'usage topique de l'huile de croton. En faisant suivre cette application de cataplasmes pendant quelques jours, puis de simples onctions de glycérine, notre auteur a vu le parasite détruit, et, les croûtes une fois tombées, le cuir chevelu, d'abord rouge et lisse, ne pas tarder à se couvrir à nouveau de la chevelure la plus satisfaisante. C'est à essayer.

A. Ferrand, médecin des hôpitaux.

BIBLIOTHÈQUE

DES LÉSIONS TRAUMATIQUES PORTANT SUR DES TISSUS MALADES, par le docteur Georges Bouilly, aide d'anatomie à la Faculté. — Paris, 1877, J.-B. Baillière.

M. Bouilly est un vigoureux athlète, qui aime évidemment à soulever les montagnes. Dès son entrée dans la carrière, il aborde les sujets les plus ardus, et se joue avec les difficultés qui l'assaillent.

Il appartient à cette vaillante école moderne qui a pris à tâche, depuis quelques années, d'étudier sous toutes leurs faces *la blessure, le blessé, le milieu*. L'examen méthodique et approfondi du *traumatisme* et de ses relations avec..... tout, voilà le terrain, foulé aujourd'hui par des esprits actifs et avides de progrès, sur lequel il entre de plain-pied.

On a beaucoup travaillé, dans ces derniers temps, le blessé et le milieu, les états diathésiques et les agents infectieux. Mais la blessure est un peu restée dans l'ombre. Et cependant, « il paraît évident au premier abord qu'une blessure intéressant des tissus *antérieurement malades* ne se comportera pas comme une blessure tombant sur un tissu *sain*. » Tel est le point que l'auteur se propose d'examiner.

« Les difficultés de ce travail sont immenses »; c'est vrai. Qu'est-ce, en effet, qu'un tissu sain? Un tissu malade? « Théoriquement, rien de plus facile à résoudre »; oui, mais « faciles à admettre en théorie, ces états sains et morbides ne sont pas toujours faciles à reconnaître en pratique »; je le crois bien. « Le terme de *tissus altérés* est extrêmement vague »; rien de plus judicieux; « et il convient tout d'abord d'en établir une sorte de classification »; sans doute, et c'est ici que nous attendions l'auteur.

C'est ici aussi que je m'incline devant l'effort ardent, et d'ailleurs très-heureux, de ce sympathique lutteur.

Après avoir « laissé dans l'ombre » quelques faits, M. Bouilly considère comme tissus altérés :

1° *Les tissus vascularisés à l'excès;*

2° *Les tissus anémiés;*

3° *Les tissus malades par troubles de l'innervation;*

4° *Les tissus enflammés.* — Troubles de l'innervation et de la circulation, les premiers précédant sans doute les seconds; production consécutive d'éléments nouveaux dans la trame du tissu, telle est la caractéristique de l'inflammation;

5° *Les tissus dégénérés,* ceux dont les éléments éprouvent des métamorphoses qui vont graduellement jusqu'à la disparition complète de leur forme normale, et qui subissent parallèlement une diminution et une cessation définitive de leurs fonctions physiologiques;

6° *Les tissus infiltrés* par des éléments étrangers à l'organisme ou lui appartenant, mais devenus hétérotopiques (liquides ou gaz);

7° *Les tissus hypertrophiés;*

8° Enfin.... les tissus sont-ils sains dans la vieillesse, la grossesse, l'état puerpéral?

Cette énumération ne donne qu'une idée faible de la manière dont la classification est traitée. Elle comporte naturellement plusieurs subdivisions importantes, très-nettement posées par l'auteur. Les idées sont bien déduites, et tout s'arrange à l'aise dans un cadre lumineux.

Puis vient une autre question : « Y a-t-il des tissus altérés d'une manière *exclusivement*

locale? » Encore un des boulets que notre ami soulève à bras tendu. « Plus on observe, dit-il, plus on arrive à restreindre le cadre des affections purement locales. » Ce qui l'amène à chercher les *imminences morbides locales* créées par des maladies générales, et à prendre corps à corps la syphilis, le paludisme, l'alcoolisme, la goutte, la leucémie, le diabète.

En somme, l'auteur se propose, *étant donné un tissu malade*, de rechercher :

1° Sa résistance aux irritations extérieures ;

2° Les accidents des plaies et le mode de réparation dans ce tissu ;

3° Le pronostic et les indications qui découlent de ces connaissances.

Puis, nous ayant avertis une dernière fois que « cette étude est hérissée de difficultés », il se lance.

Mais j'ai déjà parlé longtemps, et je n'ai fait qu'analyser les chapitres préliminaires. C'était là, il faut bien le dire, la partie la plus délicate du travail; dans de pareils sujets, la position de la question est la pierre d'achoppement. Appuyé sur une solide base d'opérations, l'auteur va maintenant discourir à son gré, entrer dans les détails, s'étendre sur les considérations pratiques. Et d'abord, il se met à l'aise en nous déclarant que son cadre est trop vaste, et qu'il n'en veut remplir qu'une partie. Ses recherches se borneront : 1° aux tissus vascularisés à l'excès ; 2° aux tissus enflammés; 3° aux tissus malades par troubles de l'innervation. Aussi bien sont-ce là les parties les moins obscures du sujet.

a) M. Bouilly nous explique d'abord ce qu'il entend par tissus congestionnés ; puis il étudie leur degré de résistance, la facilité avec laquelle ils passent de la congestion à l'inflammation véritable, et le danger des traumatismes portant sur ces tissus. Pour montrer l'intérêt que présente ce chapitre, je dirai qu'il roule en grande partie sur le rôle de la congestion des tissus dans le résultat des autoplasties, et sur l'opportunité des opérations de fistules vésico-vaginales.

b) Les dangers de la blessure des tissus enflammés sont l'hémorrhagie, les accidents nerveux, les accidents septiques. Si les tissus sont chroniquement enflammés, non suppurants, il y a tendance au retour à l'inflammation aiguë, ou tendance à l'ulcération. Tels sont les principaux paragraphes de ce chapitre, où figurent des considérations importantes sur l'intervention chirurgicale dans les foyers suppurants, les phlegmons diffus; sur le tétanos provoqué par l'irritation intempestive des plaies, et qui est dû sans doute, en pareil cas, à la blessure des nerfs enflammés (Mémoire de Blain, d'Épernay, communiqué à la Soc. de chir., 1874); sur les accidents septiques, tels que la lymphangite, l'érysipèle soudain ou par auto-inoculation (Verneuil), etc.

c) Enfin, l'évolution des plaies offre certains caractères particuliers chez les hystériques, chez les aliénés, et spécialement chez les paralytiques généraux.

Ces indications sommaires suffiront, je pense, pour faire comprendre l'intérêt qui s'attache aux sujets variés abordés par M. Bouilly, et les obstacles qu'il avait à surmonter dans sa tâche, mais elles ne peuvent faire apprécier comme nous le voudrions l'ordre qu'il a su mettre dans l'exposition de faits multiples, et la précision avec laquelle il a traité les généralités les plus ardues.

L.-Gustave Richelot,
Prosecteur à la Faculté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 septembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, des sources qui alimentent l'établissement dit *Thermes romains*, à Dax.

2° Le rapport du médecin-inspecteur des eaux de Sylvanis et de Prugnes pour l'année 1876. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Benjamin Anger, qui se porte comme candidat dans la section de pathologie chirurgicale.

—

M. J. Guérin : J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie le mémoire que j'ai lu devant elle sur les *Mouvements latéraux de la colonne vertébrale.*

Ce mémoire, annoté et accompagné de plusieurs planches propres à mettre en évidence les dispositions anatomiques nouvelles que j'ai signalées, est en outre destiné à servir de base :

1° A l'étude du mécanisme des déviations musculaires de l'épine dans leurs rapports avec les causes qui les produisent;

2° Au diagnostic des altérations morbides de la colonne, dont les formes diffèrent toujours des altitudes physiologiques;

3° A une détermination anatomique plus rigoureuse de la constitution des muscles et de leurs attributs matériels par l'étude de leur destination physiologique.

Ces trois points de vue, que je me borne à énoncer, sont développés dans une courte préface placée en tête du mémoire.

—

M. Briquet demande la parole pour répondre à quelques observations faites par M. Gubler à l'occasion de son rapport sur le choléra.

M. Briquet avait émis l'opinion que les terrains sur lesquels on voyait le plus souvent le choléra étaient précisément ceux qui se trouvaient le plus répandus, *et vice versâ;* or, ces épidémies étant peu fréquentes sur les lieux où le sol est granitique. M. Briquet n'a eu à noter qu'un nombre assez restreint de localités où le sol est granitique.

M. Gubler a prétendu que M. Briquet n'avait pas fait mention de beaucoup de lieux où le sol était granitique, et, pour prouver son assertion, il a dit que ce terrain existait dans le Morvan, dans le Perche, dans l'Auvergne, dans le centre de la France, dans la Provence, et jusque dans les Alpes et les Pyrénées, ce qui faisait presque le quart de la France.

Suivant M. Briquet, il n'y a eu parmi les localités infectées par le choléra que les arrondissements maritimes de sept départements de l'Ouest, un arrondissement de la Vienne, deux arrondissements du Haut et du Bas-Rhin, deux arrondissements de la Mayenne et un arrondissement du Puy-de-Dôme, et le granit n'occupe qu'une partie de ces arrondissements. Il n'y a qu'un département, celui du Morbihan, où le granit occupe une grande partie du sol.

M. Gubler fait erreur en rangeant la Vendée, qui est un terrain d'alluvion, et le Var et les Vosges, où il n'y a que quelques montagnes de granit, parmi les pays à sol granitique.

Ainsi il est évident, pour M. Briquet, que le terrain granitique est infiniment moins répandu que les sols précédents, et que ses objections à la théorie tellurique subsistent en entier.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'emploi de l'acide salicylique et les salicylates dans le rhumatisme articulaire aigu et dans la goutte.

M. Bouchardat déclare qu'il a demandé la parole, dans cette discussion, dans le but de modérer le zèle de quelques imitateurs moins prudents que M. Sée relativement à l'emploi de ces médicaments à grande puissance. Il regarde la prudence comme étant surtout nécessaire lorsque, par suite d'un état pathologique temporaire ou chronique, les reins n'éliminent pas normalement les principes nuisibles qui existent dans le sang ou y sont introduits. C'est une règle de première importance, recommandée par les meilleurs observateurs, de surveiller les organes d'élimination lorsqu'on emploie des médicaments énergiques.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, le plus habituellement, la puissance d'élimination des reins n'est pas diminuée; mais, dans la goutte, il est bien rare que ces organes soient à l'état normal. Des dépôts souvent primitifs de bi-urate sodique, la présence encore plus fréquente d'albumine dans les urines des goutteux, le démontrent suffisamment.

M. Bouchardat examine l'influence du salicylate de soude sur la douleur, la durée de la maladie, les complications et les terminaisons du rhumatisme. Au point de vue de la douleur et du gonflement, il admet que les résultats obtenus sont excellents.

La durée du rhumatisme articulaire aigu paraît certainement être abrégée; cependant, il convient d'être, à cet égard, un peu réservé.

Il convient aussi d'attendre encore avant de se prononcer sur l'influence que peut avoir le salicylate sur les complications cardiaques ou encéphaliques.

Quant à la terminaison heureuse ou funeste, c'est là, dit M. Bouchardat, le vrai *criterium* pour juger de la valeur d'une médication nouvelle. Il ne saurait oublier que, dans le service de Chomel, les cas terminés par la mort étaient infiniment rares. Or, les malades n'y étaient soumis qu'à un traitement hygiénique. Dans la clinique de M. Bouillaud, avec la méthode des saignées coup sur coup, la mort ne s'observait presque jamais.

Les cas de mort ne sont devenus fréquents que lorsque l'on a eu recours aux médicaments énergiques supprimant promptement la douleur et abrégeant la durée de la maladie, tels que le nitrate de potasse, le sulfate de quinine à haute dose, la vératrine. Aussi, aujourd'hui, l'enthousiasme primitif pour ces médications s'étant refroidi, ce n'est plus qu'exceptionnellement, et à doses modérées, que l'on a recours à ces puissants modificateurs.

Il ne faut pas oublier que l'acide salicylique et le salicylate de soude possèdent des propriétés physiologiques énergiques. M. Oulmont a précisé l'influence rapide du salicylate de soude sur la calorification et la circulation.

Un grand nombre d'observateurs ont insisté sur les troubles de l'appareil digestif à la suite de l'administration de ces substances. Leur action sur le système nerveux (bourdonnements d'oreille, surdité temporaire, excitation encéphalique) est incontestable.

Il faut donc être réservé dans leur emploi ; le fait de M. Empis et les deux revers de M. Jaccoud sont de nature à donner à réfléchir.

En attendant de nouvelles lumières sur ce sujet, il est bon de se conformer aux préceptes si sages de M. Sée sur le mode d'emploi, et surtout sur l'espacement des doses, en ayant soin d'observer les effets avec la plus scrupuleuse vigilance.

Contre la goutte, le salicylate de soude paraît être utile pour combattre les accès et pour faciliter l'élimination du bi-urate sodique en excès dans le sang, cause de la maladie et menace incessante de nouveaux accès.

M. Sée a cité des observations qui prouvent son heureuse influence pour combattre la douleur et les accidents divers des accès de goutte. Doit-il être préféré au colchique ? Si l'abus du colchique conduit à la goutte chronique, l'usage répété du salicylate de soude sera-t-il exempt de ce grave inconvénient ? C'est ce que l'avenir révélera.

Le colchique est, contre la goutte, un remède d'une incontestable utilité, mais il faut ajouter que plusieurs goutteux ayant fait un fréquent usage de ce médicament, sont morts assez promptement, plutôt, selon M. Bouchardat, par le fait du colchique que par celui de la goutte. Espérons qu'il n'en sera pas de même du salicylate de soude.

Pour faciliter l'élimination du bi-urate sodique, le salicylate de soude paraît agir à la façon de l'acide benzoïque qui convertit l'acide urique en acide hyppurique beaucoup plus soluble. M. Bouchardat a souvent employé l'acide benzoïque, le benzoate de chaux dans la polyurie, avec des chances variées. Dans certaines conditions, il a vu que la transformation ne s'effectuait pas. S'opère-t-elle plus constamment avec le salicylate de soude ? Il faut de longues et minutieuses expériences pour se prononcer avec certitude.

M. Bouchardat déclare qu'il donnerait la *préférence*, pour combattre la diathèse polyurique, aux moyens hygiéniques suivants : 1° manger sobrement, en réglant judicieusement l'alimentation ; 2° augmenter la dépense par des exercices de chaque jour et le massage ; 3° faciliter l'élimination du bi-urate sodique en vidant régulièrement et complétement la vessie, en ingérant des boissons aqueuses abondantes additionnées, lorsqu'il en est besoin, de sel de Seignette, de bi-carbonate ou d'acétate de potasse à doses modérées. En agissant de cette manière, on aura sans doute des résultats moins nets, moins prompts qu'en administrant le salicylate de soude ; mais pour la goutte il faut, suivant lui, la vaincre lentement par une sage hygiène, et ne pas risquer le combat à l'aide de moyens pharmaceutiques trop énergiques. Les goutteux qui vivent longtemps sont ceux qui se dirigent ainsi.

M. Bouchardat termine en réfutant le reproche adressé au vin de Bourgogne de favoriser le développement de la goutte. Il dit que lorsqu'on a soin de boire le vin de Bourgogne pur, mais avec modération et en le faisant précéder d'un verre d'eau, ce vin n'a, pas plus que le bordeaux, l'inconvénient dont on l'a accusé.

M. Sée, répondant d'abord à la dernière partie du discours de M. Bouchardat, dit qu'il avait cru jusqu'à ce jour, avec un grand nombre d'autres médecins, que le vin de Bourgogne favorisait le développement de la goutte. Il ne demande pas mieux que de croire le contraire après les paroles de M. Bouchardat ; cependant, il doit dire qu'il a eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps un assez grand nombre de compatriotes de M. Bouchardat venus à Paris pour se faire traiter de la goutte. Il ne sait s'il est permis de voir en cela l'influence des excellents crus bourguignons.

Passant ensuite à la partie essentielle de l'argumentation de M. Bouchardat, M. Sée dit qu'il ne saurait admettre la prétention de son collègue de vaincre la goutte par les moyens hygiéniques.

Ces moyens, suivant lui, sont absolument impuissants. En dépit des précautions hygiéniques les plus minutieuses, les malades ne guérissent pas. Le régime du bouillon et du blanc de poulet ne fait que les débiliter, et les malades, à bout de forces et de patience, finissent par renoncer entièrement à cette excellente hygiénique qui les exténue sans les guérir.

Tous les malades que M. Sée a eu l'occasion de traiter par le salicylate de soude ont suivi purement et simplement le régime de tout le monde, et non-seulement ils n'ont pas vu leur mal s'aggraver, mais, au contraire, bon nombre d'entre eux ont guéri, et la plupart ont été notablement améliorés. L'exercice, qui est un des moyens hygiéniques les meilleurs conseillés par M. Bouchardat, l'exercice n'a qu'un défaut, c'est d'être à peu près impraticable à la majorité des malades atteints de goutte chronique, et, par conséquent, de lésions articulaires plus ou moins avancées ; ceux qui ont des accès de goutte avec intermittences plus ou moins

longues pendant lesquelles ils cessent de souffrir et peuvent marcher sans difficulté, ceux-là forment le plus petit nombre des goutteux.

M. Sée reconnaît que le colchique et ses nombreuses préparations, parmi lesquelles la liqueur Laville, procurent aux malades un incontestable soulagement; mais toutes ces préparations ont la fâcheuse conséquence de conduire fatalement à la goutte chronique au bout d'un certain temps de leur emploi.

Quant aux contre-indications de l'usage du salicylate de soude dont a parlé M. Bouchardat, M. Sée a été le premier à les faire connaître. Le premier, il a formellement appelé l'attention des praticiens sur l'état des reins et sur l'influence des maladies de ces organes pour modifier profondément l'élimination du salicylate de soude.

Or, dans le rhumatisme articulaire aigu, la lésion des reins n'a pas été signalée comme complication; mais, dans la goutte, tous les observateurs savent que l'état de ces organes est modifié, qu'ils sont le siége d'altérations plus ou moins accusées; il faut donc en tenir grand compte dans l'emploi et dans la posologie du salicylate de soude, afin d'éviter tout accident fâcheux.

L'objection de M. Bouchardat relative à la multiplication des décès dans le rhumatisme articulaire aigu, depuis l'intervention des médications puissantes telles que le sulfate de quinine, le nitrate de potasse à haute dose, la vératrine, etc., cette objection ne touche guère M. Sée. Cette prétendue multiplication des décès tient à ce que, à l'époque où l'on traitait le rhumatisme articulaire aigu par l'expectation, au temps de Chomel, par exemple, on ne connaissait pas le rhumatisme cérébral, sur lequel les beaux travaux de Vigla, de M. Gubler, etc., ont appelé depuis l'attention des observateurs. Du temps de Chomel, ces complications passaient inaperçues, mais elles existaient, bien que les malades n'eussent pas été traités par ces médications puissantes prétendues perturbatrices.

On a accusé le sulfate de quinine, mais ce médicament n'a jamais produit d'accident que lorsque des praticiens téméraires l'ont donné à des doses véritablement toxiques, à la dose de 5 grammes par jour, par exemple, comme on en a cité des cas; mais alors, les malades ont été réellement empoisonnés; ils ne sont pas morts du rhumatisme, mais du remède transformé en poison par la faute du médecin.

Une médication active est absolument nécessaire, suivant M. Sée, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, parce que le médecin n'a pas le droit de laisser souffrir les malades, quand il peut les soulager, mais il doit savoir diriger la médication active, de manière à ce qu'elle soit sans inconvénient sérieux pour les malades. Il n'y a pas de médication efficace possible sans médicaments actifs. Quant aux modificateurs hygiéniques, encore une fois, leur influence est absolument nulle.

D'ailleurs, ce prétendu traitement purement hygiénique employé par Chomel, au dire de M. Bouchardat, n'était rien moins que cela. Tout le monde sait, en effet, que Chomel traitait le rhumatisme articulaire aigu par l'opium donné à des doses énormes.

Un médecin aussi intelligent que sceptique, le regrettable Lorrain, a seul eu le courage de traiter le rhumatisme articulaire aigu par l'expectation pure; or, nous savons par le travail d'un de ses meilleurs élèves les résultats véritablement désastreux de la pratique de ce médecin.

Il faut donc agir, et le médecin, encore une fois, n'a pas le droit de rester inactif en présence des vives souffrances des malheureux malades atteints de rhumatisme articulaire aigu.

Son premier devoir est de diminuer, de calmer la douleur. Le sulfate de quinine a été proposé, dans ce but, par M. Briquet, et ce but a été atteint. Ce médicament a été adopté et employé jusqu'en ces derniers temps dans le monde entier. Il n'a cédé le pas qu'au salicylate de soude.

En diminuant la douleur, le salicylate de soude diminue également la fluxion articulaire que la douleur cause et entretient.

Une autre propriété remarquable du salicylate de soude est d'agir comme fondant, comme résolutif, comme agent de dénutrition; grâce à cette propriété précieuse il réussit, même dans les cas de rhumatisme chronique indolent, à diminuer l'engorgement et les exsudats articulaires.

Ainsi, outre son action analgésiante si caractéristique, le salicylate de soude possède une action fondante, résolutive, dénutritive analogue à ceux de l'iode et de l'iodure de potassium.

Ce médicament agit-il, comme on l'a dit, sur la calorification et la circulation? M. Sée admet son action sur la température, mais il nie son influence sur la circulation : encore, dans l'action exercée sur la température, faut-il reconnaître que cette action est essentiellement temporaire et fugace.

M. Sée a fait connaître l'action que le salicylate de soude exerce sur le cerveau (bourdonnements d'oreilles, troubles de l'ouïe, somnolence), mais il nie que ce médicament ait une influence quelconque sur le cœur et les poumons, ainsi que l'a dit M. Jules Guérin.

Relativement à la durée de la maladie, tout le monde sait aujourd'hui que le salicylate de soude abrége singulièrement celle du rhumatisme articulaire aigu; les observations qui le démontrent sont innombrables, et il n'existe aujourd'hui aucun médicament qui puisse rivaliser avec lui à cet égard.

Pour ce qui est des terminaisons et, en particulier, de la terminaison par la mort, M. Sée nie absolument que celle-ci puisse se produire aux doses qu'il a indiquées. Le fait de M. Empis ne prouve absolument rien, et s'il y a eu des cas de mort, c'est en Allemagne seulement, à cause des doses énormes qu'on y a administrées.

M. Sée fait appel, en terminant, à l'observation de ses collègues qui ont des services dans les hôpitaux, et il pense qu'ils ne tarderont pas à avoir, sur le salicylate de soude dans le rhumatisme et la goutte, l'opinion qu'il s'est formée lui-même par l'observation exacte des faits.

M. Jules Guérin demande à répondre un mot à M. Sée, qui l'a mis en cause au sujet d'un passage de la communication qu'il a faite récemment à l'Académie sur un mode de traitement du rhumatisme articulaire aigu par les onctions stibiées.

Voici ce passage extrait textuellement du *Bulletin* de l'Académie :

« Tout en applaudissant aux succès obtenus par le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte, je crois que tout esprit prudent doit faire des réserves à l'endroit de l'action générale du remède sur l'économie, et particulièrement de son action sur le cerveau, le poumon et le cœur. »

M. Jules Guérin croit devoir maintenir ces réserves, et, dans le doute où l'on est encore au sujet de l'influence fâcheuse que le salicylate de soude pourrait avoir sur le poumon et le cœur, il recommande encore une fois sa méthode de traitement du rhumatisme articulaire aigu par les onctions pratiquées sur les articulations avec une pommade contenant de hautes doses de tartre stibié. Depuis quinze ans qu'il emploie cette méthode, il a toujours réussi, sans provoquer d'éruption cutanée, et par une action sédative générale analogue à celle indiquée par Rasori, mais obtenue par de simples applications extérieures du médicament, il a toujours réussi, dit-il, à calmer les douleurs, soit du rhumatisme articulaire, soit de la goutte. Au début des accès de goutte, il emploie également avec grand avantage un vésicatoire volant, appliqué *loco dolenti*, qui a pour effet d'arrêter immmédiatement l'accès.

M. Sée répond qu'il admet la réalité de l'action du salicylate de soude sur le cerveau, mais il nie de nouveau toute influence du médicament sur le cœur et les poumons.

Quant à la méthode indiquée par M. Jules Guérin pour calmer les douleurs du rhumatisme articulaire et de la goutte, M. Sée regrette que son collègue ait laissé dormir sa découverte pendant trente ans dans ses cartons. Il eût dû la publier plus tôt, car il s'est exposé ainsi à se voir enlever par d'autres le mérite de la priorité. En effet, un médecin anglais, du nom de Deviès, a publié un travail dans lequel il préconise l'emploi des frictions stibiées et des vésicatoires volants dans le traitement des lésions articulaires du rhumatisme et de la goutte, comme dans la méthode de M. Jules Guérin.

M. Jules Guérin dit qu'il a exposé depuis longtemps sa méthode dans des articles publiés dans la *Gazette médicale*. La question de priorité ne saurait donc être douteuse.

Quant à l'action du salicylate de soude sur le cœur, M. Jules Guérin pense qu'elle doit être acceptée, puisque M. Sée lui-même admet l'influence du médicament sur le système vasculaire. D'ailleurs, quelle que soit la nature de l'action générale exercée par le salicylate de soude sur l'économie, du moment que ce médicament est susceptible de causer la mort, il faut bien admettre qu'il agit sur des centres de vitalité de l'organisme. Or, cela suffit pour justifier les réserves à son endroit.

M. Bouchardat dit que M. Sée a exagéré les rigueurs du régime hygiénique prescrit aux goutteux. Jamais M. Bouchardat n'a réduit les malades aux bouillons et au blanc de poulet. Il s'est toujours borné à leur recommander la modération et le maintien de l'équilibre entre la recette et la dépense. Il leur permet les côtelettes, et surtout il ne leur interdit pas le vin de Bourgogne.

— La séance est levée à cinq heures.

Éphémérides Médicales. — 27 Septembre 1701.

Claude de Frades meurt à Paris, et est enterré dans l'église Saint-Laurent. Docteur le 20 juin 1657, il eut un grand procès avec son *Alma mater*. La Faculté ayant, en effet, reçu de l'abbé des Roches, intendant du cardinal de Richelieu, la somme de 20,000 livres destinées à réparer les Écoles « qui croûlaient », et ce don splendide ayant été fait à la condition que ledit

de Frades serait exonéré de tous frais de scolarité, nos pères ne tinrent pas rigoureusement leurs promesses. *Indè lis, indè judices, indè iræ...* — A. CH.

FORMULAIRE

LOTION CONTRE L'INTERTRIGO. — DELIOUX.

Borate de soude.	2 à 4 grammes.
Eau distillée.	100 grammes.

Faites dissoudre. — Cette solution est conseillée en lotions contre l'intertrigo. — Après les lotions, on applique une poudre composée de :

Amidon	14 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	2 —

Si le suintement est considérable, on peut augmenter la dose de bismuth, ou lui substituer l'oxyde de zinc.

L'auteur déclare avoir employé avec succès ce mode de traitement dans quelques cas d'eczéma aigu, avec suintement plus ou moins abondant. — N. G.

COURRIER

NÉCROLOGIE. — M. Claude Gigon, docteur en médecine, médecin du lycée et des prisons, ancien médecin des hôpitaux et hospices d'Angoulême, sa ville natale, où il exerçait depuis quarante ans, ancien membre du Conseil municipal, vice-président de l'Association médicale de la Charente, officier de l'instruction publique, est décédé le 13 de ce mois.

La mort l'a frappé tout à coup, à l'heure où l'on disait partout dans la ville que le maréchal-président, sur la présentation de la Commission des hospices, allait le nommer chevalier de la Légion d'honneur, juste récompense de ses services publics. Ses obsèques ont eu lieu le 15, au milieu d'une nombreuse assistance de parents, confrères et amis du défunt. Chacun s'est empressé de venir donner à sa mémoire ce témoignage d'estime, d'affection et de reconnaissance.

Travailleur infatigable, très-érudit, animé d'un culte profond pour la science et la vérité, défenseur dévoué des intérêts moraux et professionnels de notre Association médicale, telles sont les qualités éminentes qui avaient valu à notre regretté confrère la réputation d'un praticien distingué, d'un homme de bien.

L'UNION MÉDICALE comptait depuis longtemps le docteur Gigon au nombre de ses collaborateurs de la province, et, de 1856 à 1872, elle a publié de lui plusieurs œuvres médicales et scientifiques qui attestent la variété de ses connaissances, la profondeur de son érudition.

Élève de notre vénéré maître le professeur Bouillaud, il appartenait à cette forte génération de 1830 à 1840, qui a fourni tant d'hommes distingués dans toutes les branches des connaissances humaines.

Malgré les exigences incessantes d'une nombreuse clientèle, les préoccupations de la vie de famille, les obligations de la vie municipale, il consacrait ses rares heures de repos à des recherches historiques et archéologiques, à des publications sur l'économie agricole, la statistique et la topographie.

La liste de ses œuvres complètes se trouve à la fin d'une notice *sur a glycosurie,* publiée en juin 1872 dans l'UNION MÉDICALE.

Nous ne pouvons que nous associer aux regrets sympathiques que cette nouvelle causera à la famille médicale.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 20 septembre 1877, on a constaté 768 décès, savoir :

Variole, 0 décès ; — rougeole, 11 ; — scarlatine, 2 ; — fièvre typhoïde, 24 ; — érysipèle, 6 ; — bronchite aiguë, 25 ; — pneumonie, 48 ; — dysenterie, 1 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 14 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 14 ; — croup, 12 ; — affections puerpérales, 2 ; — affections aiguës, 227 ; — affections chroniques, 324 (dont 138 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 42 ; — causes accidentelles, 11.

A Londres, du 9 au 15 septembre 1877, on a noté 1,261 décès.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

HELMINTHOLOGIE

SUR LES TÉNIAS, LES ÉCHINOCOQUES ET LES BOTHRIOCÉPHALES DE L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 18 octobre et du 3 novembre 1876 (1);

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE,
Membre de l'Académie de médecine,
Agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

V. — DES BOTHRIOCÉPHALES.

Le *Bothriocéphale large*, ou *ordinaire*, n'est pas fréquemment observé à Paris; il est rare, plus rare même qu'on ne pense généralement. M. Davaine ne l'a observé que trois fois; les bulletins de la Société anatomique n'en fournissent qu'un exemple (2), et je sais que nos collègues de la Société des hôpitaux qui ont fait rendre le Bothriocéphale sont en petit nombre. MM. Potain, Bucquoy, Féréol, Cadet de Gassicourt, et probablement quelques autres, l'ont vu chacun une fois. Je l'ai moi-même recueilli une seule fois, d'où il me paraît possible de conclure qu'il y a eu dix à douze constatations exactes de Bothriocéphale dans ces derniers temps. Du reste, ce que je viens de dire n'est point une statistique rigoureusement exacte, mais seulement la constatation de la rareté du ver qui va nous occuper.

L'observation que j'ai pu faire est instructive, et je demande la permission de la rapporter brièvement : J'ai été consulté, vers la fin de juillet, par un homme de haute stature, s'exprimant très-bien en français, mais avec un accent étranger, et qui me présentait dans un flacon un fragment de ver rubané, qu'il venait de rendre spontanément. Le flacon de cristal, d'une grande richesse et d'une forme carrée, était taillé sur ses quatre faces en pointes de diamant à arêtes vives. Il était impossible de voir distinctement le morceau de ver renfermé dans l'intérieur. Cependant je pus affirmer au malade qu'il s'agissait d'un ver rubané; mais, fort pressé de me rendre auprès d'un malade, je négligeai, ce qui est un tort, de vider le flacon, de

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 13, 18, 20 et 25 septembre.

(2) C. Potain. *Observation de Bothriocéphale rendu par un jeune ramoneur piémontais* (*Bulletins* de la Société anatomique de Paris, 1858).

FEUILLETON

CAUSERIES

Mardi dernier, notre Académie de médecine se trouvait entre deux vins.....

— Que dites-vous là, Simplice ! Et comment nous ferez-vous croire que nos vénérés maîtres aient pu donner le détestable exemple.....

— Je vous admire, en vérité ! Vous ne savez pas ce que je vais dire et vous vous offusquez ! Rien de ce qui pourrait blesser nos savants académiciens de la rue des Saints-Pères ne sortira de ma plume ; voici tout simplement de quoi il s'agit :

Dans un de ses discours sur l'emploi du salicylate de soude, et à propos de la goutte, M. le professeur Sée avait vivement incriminé le vin de Bourgogne comme l'une des causes efficaces de cette douloureuse et incommode maladie. L'usage du vin de Bordeaux lui paraissait de beaucoup préférable et beaucoup plus innocent.

Or, M. le professeur Bouchardat ne pouvait accepter cet acte d'accusation, en sa triple qualité d'œnophile des plus distingués, de Bourguignon et de grand propriétaire de vignobles.

— Le vin de Bourgogne ne nuit qu'à ceux qui en boivent trop, a-t-il dit.

— Il est si bon qu'on en boit toujours trop, a répondu M. Sée.

Cette habile réponse a désarmé M. Bouchardat qui, comme professeur d'hygiène, voudrait que l'on ne traitât la goutte que par des moyens hygiéniques. Et parmi ces moyens en est-il de plus puissant que la sobriété ?

placer le ver dans un vase avec de l'eau et de chercher à préciser l'espèce. Cet homme me dit qu'il avait essayé depuis longtemps un grand nombre de traitements, toujours inutiles, qu'il partait pour un voyage et qu'il viendrait me voir à son retour.

A la fin du mois de septembre, j'ai revu cet homme, qui m'apprit avoir rendu un second fragment de ver, sans portion effilée, fragment qu'il avait laissé perdre. Je donnai la racine de grenadier; un fragment fut expulsé qui ne me fut point montré, et la personne se remit en voyage. Enfin, pendant un nouveau séjour à Paris, je fis prendre le kamala, et cette fois un long ver fut rendu, qu'on m'apporta dans un flacon encore trop taillé pour qu'on pût voir distinctement à travers ses parois. Je plaçai le ver dans l'eau et je reconnus un Bothriocéphale, à la forme de la tête et surtout à la disposition des organes génitaux médians. Des particularités qui ne m'avaient pas assez frappé tout d'abord me revinrent en mémoire : l'accent étranger de la personne; les fragments assez longs rendus d'un seul coup et spontanément, à intervalles irréguliers; la difficulté même d'expulsion éprouvée par le malade, qui avait essayé un très-grand nombre de traitements avant d'arriver à un résultat.

Procédons pour le Bothriocéphale ainsi que je l'ai fait pour les Ténias inerme et armé. Si j'avais examiné soigneusement le fragment spontanément rendu, au lieu de le regarder à travers le riche flacon de cristal, où je ne l'apercevais que d'une manière incomplète, j'aurais reconnu (fig. 29) une suite d'anneaux presque tous

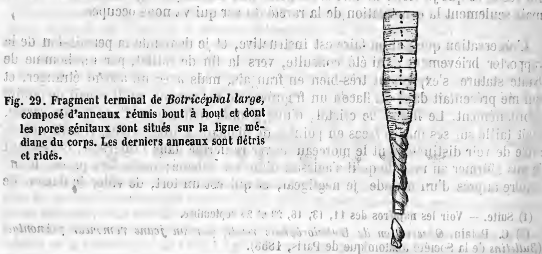


Fig. 29. Fragment terminal de *Botricéphal large*, composé d'anneaux réunis bout à bout et dont les pores génitaux sont situés sur la ligne médiane du corps. Les derniers anneaux sont flétris et ridés.

Le régime, l'hygiène, la sobriété, c'est bientôt dit, mais il n'est pas si facile d'y soumettre les goutteux, très-réfractaires, en général, aux conseils de la médecine. Non pas qu'ils n'en reconnaissent la valeur et la justesse, mais parce qu'ils ne peuvent s'y conformer. Presque tous les goutteux sont gros mangeurs. Quand ils ne souffrent pas, ils ne résistent pas au plaisir, au besoin de satisfaire leur appétit robuste, et, quand on mange, il faut boire, et ils boivent en proportion de ce qu'ils mangent, et, comme ils sont tous riches, ils boivent du bon vin, et j'ai idée que bordeaux ou bourgogne, relativement à la goutte, c'est bonnet blanc et blanc bonnet. Quand ils souffrent, les goutteux, que diable voulez-vous que fassent le régime et l'hygiène? Ils ont recours alors au médicament qui soulage; hier c'était au colchique, aujourd'hui c'est au salicylate de soude. Mais soyez convaincus que les goutteux savent parfaitement que leurs accès reviendront, parce que leur dépense n'est pas proportionnée à leur recette, et qu'ils accumulent tous les jours, dans leurs articulations, ces affreux urates qui font le tourment de leur vie.

Je laisse les malheureux goutteux et je reviens à M. Bouchardat, l'une des figures les plus aimables et les plus sympathiques de notre confrérie. M. Bouchardat est Bourguignon, bas Bourguignon du département de l'Yonne; c'est là, près d'Auxerre, qu'il possède un considérable vignoble, où est englobé le cru fameux dit de la Chaînette, ancienne propriété de je ne sais plus quels moines qui se connaissaient en vins. C'est le prieur de ce couvent, qui, tous les ans, après les vendanges, ne manquait pas de faire appeler le Père cellérier, et lui demandait :

— Père cellérier, le vin sera-t-il bon cette année?
— Non, Père prieur.
— Eh bien, hâtons-nous de le boire, afin d'en acheter de meilleur.
— Père cellérier, le vin sera-t-il bon cette année?

plus larges que longs, les derniers revenus sur eux-mêmes, ou flétris et vidés. C'est que le Bothriocéphale, en cela bien différent des Ténias, rend ses œufs dans l'intestin et pond réellement, tandis que les Cucurbitins des Ténias s'échappent en entier et sans être altérés. De plus, j'aurais constaté la présence de pores ou d'ouvertures génitales placées au milieu de chaque segment et non sur les bords : le caractère de ces pores sur la ligne médiane du corps est absolument caractéristique. Tout fragment d'un strobile de Bothriocéphale offre les ouvertures génitales sur le milieu et non sur les bords des anneaux.

Le *Bothriocéphale large* (*Bothriocephalus latus* Bremser), examiné dans son ensemble (fig. 30), offre l'apparence d'un gros Ténia inerme dont les anneaux seraient

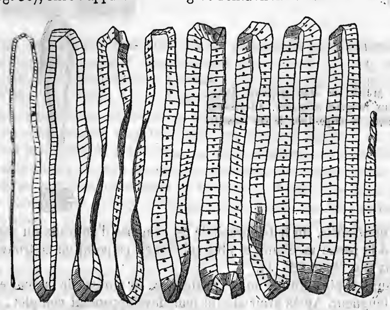


Fig. 30. ***Botriocéphale large***, représenté en petit et dans son ensemble.

moins éloignés et plus rapprochés entre eux. Le strobile est long de 7 à 8 mètres; la couleur grisâtre et terne, ou même brunâtre, de l'animal conservé dans l'alcool est blanchâtre et se rapproche beaucoup de celle de nos Ténias quand le ver, récemment rendu, a été placé dans l'eau. Néanmoins, la coloration grise du ver conservé

— Excellent, Père prieur.

— Buvons-le bien vite, afin qu'on ne nous le vole pas.

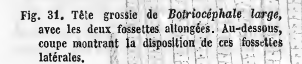
Après notre regrettable confrère Jules Guyot, je ne crois pas qu'il y ait personne, en France, qui connaisse mieux les vins et qui en ait écrit plus pertinemment que M. Bouchardat. C'est non-seulement un œnophile, mais encore un œnologue distingué. Quant à sa qualité de connaisseur, M. Bouchardat m'ayant fait l'honneur d'invoquer mon témoignage, je dirai à quelle occasion je pus apprécier les connaissances profondes de M. Bouchardat en œnologie.

Cela remonte à une époque assez éloignée, à vingt-cinq ans peut-être. M. Germer-Baillière, le père du sympathique éditeur de tant d'ouvrages de science, d'histoire, de philosophie, de politique, de recueils scientifiques et littéraires, M. Germer-Baillière donnait à dîner à quelques amis, dont nous faisions partie, M. Bouchardat et moi, au restaurant Magny, dont la cave passait alors pour l'une des meilleures de Paris. J'ignore si cette maison a mérité de conserver cette vertueuse réputation. On servit de très-bons vins, et surtout, pour fêter le Bourguignon Bouchardat, des vins de Bourgogne des premiers crus. Or, à chaque vin, M. Bouchardat désignait non-seulement le cru, mais l'âge de ce vin et l'année de sa récolte. L'amphitryon, aussi surpris que charmé, pria M. Magny d'assister à cette expérience, et de la contrôler en consultant son livre d'achats. L'expérience se fit, M. Magny présent et son registre en main, et sur un nombre de crus dont j'ai oublié le chiffre, mais qui était considérable, jamais M. Bouchardat ne se trompa ni sur le cru ni sur l'année de sa récolte. C'est à cette circonstance que M. Bouchardat a fait allusion, mardi dernier, à l'Académie. Voilà, certes, des papilles nerveuses de la langue d'une sensibilité exquise et rare.

J'ai dit que M. Bouchardat était non-seulement un œnophile distingué, mais encore un savant œnologue qui a publié d'intéressants travaux sur la vigne et les vins. Ainsi, on lui

et la teinte brune des organes femelles médians, avaient frappé les anciens observateurs. L'extrémité antérieure effilée, terminée par un renflement ovalaire, offre la tête; l'autre extrémité, moins élargie que le milieu, est chiffonnée et avec des anneaux plissés.

La *tête*, ou *scolex*, du Bothriocéphale large (fig. 31) représente un ovoïde allongé long de 2 millimètres et demi, large de 1 millimètre, terminée par un cou étroit et ridé en travers, à partir de 2 centimètres environ. La tête est munie de deux ventouses allongées, creusées latéralement (d'où le nom générique du ver, βοθρίον, fossette, et κεφαλή, tête), et elle est dépourvue de rostre et de crochets. Cette tête, chez l'animal vivant, prend des formes variées, car elle est douée d'une grande contractilité.



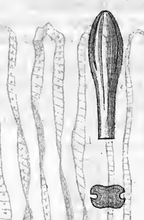


Fig. 31. Tête grossie de *Botriocéphale large*, avec les deux fossettes allongées. Au-dessous, coupe montrant la disposition de ces fossettes latérales.

Le *corps*, ou *strobile*, du Bothriocéphale est composé d'anneaux ou segments élargis, surtout à la partie médiane, et plus colorés en ce point où se trouvent les orifices génitaux (fig. 30 et 32) (1).

Les anneaux les plus grands ont 1 centimètre, au moins, de largeur et 4 à 5 millimètres de longueur. Après avoir atteint leur développement complet, les anneaux

(1) Cette disposition sériale sur le centre des anneaux avait fait appeler ce ver par Andry : *Ténia à épine* ou *à rachis*; Bonnet l'avait nommé *Ténia à anneaux courts*, *Ténia à mamelons ombilicaux*; Linné lui avait donné le nom de *Tænia lata*, et beaucoup de médecins du commencement de ce siècle, celui de *Ténia inerme*, à cause de l'absence de rostre et de crochets. Tous les Bothriocéphales étant inermes, il ne peut y avoir de confusion actuellement avec le vrai Ténia inerme, dont les pores génitaux latéraux sont caractéristiques.

---

doit des *Études sur les produits des cépages de Bourgogne*; sur les *Cépages du centre de la France*; sur les *Cépages du Midi*; *Dégénération et perfectionnement des cépages cultivés*; *Des vignes de semis*.

Du reste, l'œnologie paraît être en faveur. Je voyais l'autre jour dans les journaux que, parmi les livres les plus demandés à la Bibliothèque nationale, figure le grand ouvrage de Jules Guyot sur la culture de la vigne en France.

Les Bordelais trouveront-ils que M. le professsur Sée ait suffisamment défendu le vin de Bordeaux? Je ne le crois pas. On aurait dit que M. Sée était un peu effrayé de l'énorme compétence de M. Bouchardat en œnophilie. Les crus de Bourgogne ont certainement de grands charmes; mais les crus du Médoc ne sont-ils pas également charmants? Si c'est un délicieux breuvage qu'un verre de Romanée-Conti, un verre de Château-Margaux ne le cède ni en parfum ni en finesse. Seulement, il faut savoir les boire l'un et l'autre, ce que savent peu de gens. Au point de vue médical, M. Sée aurait dû ajouter, ce qu'il sait très-bien, que, d'après la chimie, le vin de Bordeaux contenant un sel de fer, on explique et on justifie par là la préférence que les médecins lui donnent comme fortifiant.

Le mot *œnophile* me rappelle qu'un étudiant en médecine, voulant tirer de la bourse de son père une.... comment dirai-je?... un de ces légumes du genre *daucus*, lui écrivit pour lui demander un supplément de pension, parce qu'il était reçu membre d'une Société savante, la *Société œnophile*, et qu'il fallait payer son entrée et sa cotisation. A quelque temps de là le père, qui s'était bravement exécuté, vient à Paris, et la première chose qu'il rencontre, c'est une des voitures de la Société œnophile allant porter leurs commandes à ses pratiques. Vous voyez d'ici le tableau.

Un autre étudiant, aussi malin, reçoit d'une tante très-pieuse, qui grossissait un peu la pen-

deviennent plus étroits, ils ne se séparent point à l'extrémité, comme ceux des Ténias, et restent réunis, quoique en partie atrophiés.

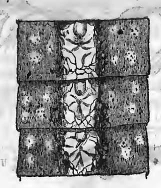


Fig. 32. Trois segments du corps d'un *Bothriocéphale large*, montrant le champ médian et les champs latéraux. Le long de la ligne médiane, on voit les pores génitaux avec le pénis saillant sur le segment le plus inférieur. Au-dessous est l'orifice utérin ou de la ponte.

Le corps, ou strobile, examiné à l'œil nu, paraît avoir trois bandes longitudinales, une médiane plus épaisse et deux latérales plus minces (fig. 32). On a vu là : un champ médian et deux champs latéraux, traduisant une disposition des organes génitaux très-compliqués dont je vais donner un aperçu.

La figure schématique ci-jointe (fig. 33) montre le pore génital médian, appelé aussi *cloaque* ou *sinus génital*, dont les bords sont garnis de papilles. Au fond sont deux ouvertures, la supérieure donne issue au pénis, l'inférieure est l'orifice du vagin. En arrière, et distincte du pore génital, est une ouverture indépendante, où aboutissent les cornes ou ramifications réunies de la matrice, et par où se fait la ponte des œufs. C'est au niveau de ce dernier orifice qu'on voit, à l'œil nu, les ramifications de l'utérus, comparées à une fleur par Bonnet, par Linné et par Pallas. Du reste, les anneaux du Bothriocéphale large ne sont pas aussi indépendants les uns des autres que ceux du Ténia; une partie des organes génitaux passe de l'un à l'autre dans la partie centrale du champ médian, aussi les segments ne se divisent point pour former des Cucurbitins. Généralement, après leur maturité et vides de leurs œufs pondus dans l'intestin, ils restent néanmoins à l'extrémité du ver, quoique ratatinés et revenus sur eux-mêmes.

Les testicules sont disséminés dans les champs latéraux des anneaux; ils sont disposés en petites loges, ou chambres, ayant chacune un conduit excréteur propre ou spermiducte, qui se joint avec un conduit voisin, et ils se terminent par un canal déférent. Ce dernier aboutit au pénis revêtu d'une gaîne.

---

sion mensuelle, une lettre où elle lui dit : « On m'assure que tu fréquentes beaucoup Bullier. Qu'est-ce que Bullier? Je pense que tu es là en bonne compagnie. » — « Bullier, ma chère tante, répondit l'élève, est un jardin charmant où nous nous réunissons le dimanche, après vêpres, pour chanter des cantiques. »

Espiègleries de jeunesse, vous ne coûtez que quelques écus à vos pères, à vos excellentes tantes! Bons jeunes gens, ne leur occasionnez jamais d'autres douleurs.

J'ai assisté hier à un combat très-émouvant, un combat singulier, très-singulier, entre une guêpe et une grosse araignée. L'imprudent diptère était allé donner tête baissée dans le merveilleux filet tissé par Arachnée. Celle-ci, sournoisement cachée sous une feuille de vigne, descend à grande vitesse pour se précipiter sur sa proie. Mais en voyant qu'elle va avoir affaire à grosse partie, elle s'arrête court, semble réfléchir et combiner ses moyens d'attaque. Pendant ce temps, la guêpe se démène, s'efforce de rompre les fils par lesquels elle se sent retenue, ouvre ses mandibules pour les déchirer, et, en dernier résultat, s'empêtre de plus en plus dans les fils perfides qui l'entourent. L'araignée laisse faire et se dit sans doute *in petto* : Remue-toi, agite-toi plus encore et tu t'envelopperas de plus en plus dans les rets que j'ai filés, et tu épuiseras de plus en plus tes forces, de sorte que j'aurai moins d'efforts à faire pour m'emparer de toi.

Et les choses ainsi se passèrent. La guêpe s'épuisa en efforts superflus, en rendant plus épaisse la toile qui l'enveloppait. Quand elle crut le moment favorable, l'araignée se précipita sur sa victime, qui, dans un effort suprême, parvint à dégager sa tête et à faire sortir le dard dont est armée l'extrémité inférieure de son abdomen. L'araignée comprit parfaitement qu'il fallait agir de prudence ; elle n'attaqua son ennemi ni en tête ni en queue, mais, par un mou-

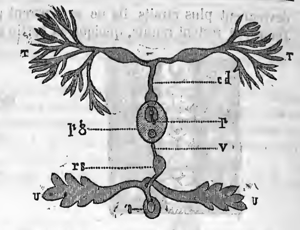


Fig. 33. Schéma des organes génitaux, dans les segments ou anneaux moyens du corps, chez le *Bothriocéphale large*. T, T, testicules; *cd*, canal déférent; *p*, pénis; U, U, utérus avec ses cornes; *rs*, réservoir séminal; *pg*, pore génital ayant en haut le pénis et au-dessous l'ouverture par où il arrive dans le vagin V. Au bas de la figure, O est l'orifice par lequel s'effectue la sortie des œufs.

L'appareil sexuel femelle, composé d'un germigène, d'un vitellogène, d'une glande formant la coque, d'une matrice et d'un vagin, est fort compliqué. Au vagin, aboutissant au pore génital et près du pénis, est annexé le réservoir séminal. Les germigène et vittellogène se réunissent à la matrice, qui se garnit d'œufs en nombre immense; ceux-ci, après leur maturité, sont évacués par une véritable ponte ayant lieu par un orifice spécial, distinct de celui du vagin, situé beaucoup plus bas (fig. 33, O), ou bien ils s'échappent après la rupture des parois qui les renferment.

Les *œufs* sont brunâtres, parfaitement elliptiques lorsqu'ils sont vus dans les matières alvines, longs de 0mm,068 à 0mm,070 = 68 μ à 70 μ et larges de 0mm,044 à 0mm,045 = 44 à 45 μ; leur coque est peu épaisse, simple. Sur l'un des pôles on

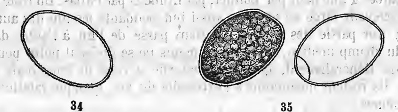


Fig. 34. *OEuf* grossi du *Bothriocéphale large* examiné dans les déjections alvines. L'œuf est tout à fait elliptique.

Fig. 35. Deux *œufs* grossis du *Bothriocéphale large* examinés, l'un à gauche, dans la glycérine, l'autre après l'action de l'acide sulfurique : leur forme est un peu modifiée; à droite, on voit l'opercule.

vement tournant digne de M. de Moltke, elle s'approcha par côté, d'abord du côté droit, puis du côté gauche, et plus rapidement que je ne peux l'écrire, couvrit complétement la guêpe, qui s'agitait en vain, de sa soie mortelle, et la rendit bientôt semblable à une véritable momie enveloppée de bandelettes. Triomphante, elle se posa sur le corps de sa victime, désormais impuissante, et remonta dans sa cachette, car ce n'était pas sans doute l'heure du festin. Ou bien c'est que l'araignée n'ignore pas qu'il ne faut pas se fier à la mort apparente des guêpes. On les voit sans mouvement, on les croit sans vie, on les touche, et elles vous dardent parfaitement leur cuisant venin.

— Comment, me direz-vous peut-être, vous, l'un des plus anciens membres de la Société protectrice des animaux, vous n'avez rien tenté pour soustraire la guêpe à son triste sort?

— Je vous répondrai, Monsieur le trop zélé zoophile, d'abord qu'en laissant attaquer et succomber la guêpe, je délivrais les raisins de ma treille d'un ennemi fort dangereux. Ensuite, qui m'a donné le droit de priver l'araignée de sa nourriture? Si j'avais délivré la guêpe, ne pouvait-elle m'accuser d'attenter à son existence? Je veux bien ne rien tuer, pas même les bêtes malfaisantes; mais je ne me crois pas plus sage que le bon Dieu, et puisqu'il a créé des araignées pour manger les guêpes, mon devoir et de laisser faire les araignées.

Dr SIMPLICE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Dumas (Jules-Léon), né à Montpellier le 27 septembre 1849, docteur en médecine, est institué chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, pour une période de trois années (emploi nouveau).

trouve un opercule ou une calotte, qui devient visible après l'action endosmotique de la glycérine ou de l'acide sulfurique (Davaine). Le nombre des œufs du Bothriocéphale est considérable; il serait au moins de dix millions, suivant Eschricht.

Le *Bothriocéphale large* est le ver cestoïde le plus difficile à faire rendre, il peut se trouver dans l'intestin avec un véritable Ténia (1). J'ai déjà dit qu'il n'était point de nos climats; il est répandu en Suisse, à Genève surtout où, suivant Odier, le quart des habitants en serait atteint. Il existe en Russie, en Suède, en Pologne, dans la Prusse occidentale, plus rarement en Hollande et en Belgique.

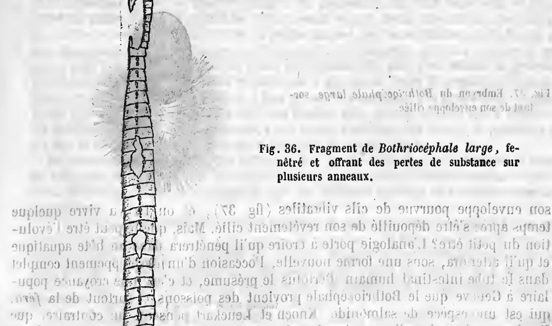


Fig. 36. Fragment de *Bothriocéphale large*, fenêtré et offrant des pertes de substance sur plusieurs anneaux.

Les altérations spontanées du Bothriocéphale dans l'intestin méritent d'être indiquées. On a trouvé fréquemment sur les fragments du ver des espaces fenêtrés, des pertes de substances correspondant aux organes génitaux femelles éliminés (fig. 36). L'extrémité des fragments est divisée en lanières et comme bifurquée. M. Davaine a représenté la configuration (2) d'un Bothriocéphale perforé, observé par Rayer.

Le développement de l'œuf du Bothriocéphale large n'est pas encore élucidé. Deux opinions sont en présence : 1° l'œuf donnerait un embryon qui éprouverait une transformation cystique avant de produire le scolex et le strobile ; 2° l'œuf ou l'embryon avalé simplement par l'homme, ou les animaux, se transformerait directement en ver rubané. Knoch, de Saint-Pétersbourg, a fait connaître, en 1861, l'embryon du Bothriocéphale, remarqué déjà, mais non publié, par Schubart. Leuckart et Bertolus ont observé peu après le développement embryonnaire du Bothriocéphale humain, concordant avec ce que Knoch avait trouvé.

L'œuf du Bothriocéphale exige pour son développement complet un séjour de six à huit mois dans l'eau courante ou fréquemment renouvelée. Au bout d'un mois, le vitellus se divise en cellules; bientôt après, apparaît une tache embryonnaire qui s'étend lentement aux dépens du vitellus, tandis que celui-ci se rétracte, laissant entre lui et la coque un espace de plus en plus grand. A six mois, appa-

(1) C. Davaine. *Traité des entozoaires*, etc., p. 79, 1860. — Böhni. *Coexistence chez le même individu du Tænia solium et du Bothriocéphale* (*Corres.-Blatt. für Schweiz. Aerzte*, p. 394, n° 14, 1874).

(2) C. Davaine. *Ibid.*, p. 76, fig. 3, 1860.

raissent les six crochets de l'embryon, chez lequel se manifestent déjà quelques mouvements contractiles. Enfin, après sept à huit mois, il se détache de la coque une calotte, ou opercule, livrant passage à l'embryon (Bertolus). Entre le moment de la formation embryonnaire et l'éclosion, il peut s'écouler beaucoup de temps. Leuckart a vu des embryons développés avant l'hiver n'effectuer leur sortie qu'au mois d'avril suivant.

L'embryon est transparent, formé de deux vésicules sphériques emboîtées l'une dans l'autre et séparées par un liquide. La vésicule extérieure est revêtue de cils vibratiles qui servent à la locomotion. La vésicule interne est lisse et munie de six crochets semblables à ceux de l'embryon hexacanthe du Ténia.

L'embryon, après avoir nagé dans l'eau, en tournoyant comme un volvox, sort de



Fig. 37. Embryon du *Bothriocéphale large*, sortant de son enveloppe ciliée.

son enveloppe pourvue de cils vibratiles (fig. 37), et on l'a vu vivre quelque temps après s'être dépouillé de son revêtement cilié. Mais, quelle peut être l'évolution du petit être? L'analogie porte à croire qu'il pénétrera dans un hôte aquatique et qu'il attendra, sous une forme nouvelle, l'occasion d'un développement complet dans le tube intestinal humain Bertolus le présume, et c'est une croyance populaire à Genève que le Bothriocéphale provient des poissons et surtout de la *féra*, qui est une espèce de salmonide. Knoch et Leuckart pensent, au contraire, que l'embryon placé dans l'eau arrive dans le tube digestif, sans l'intermédiaire d'une nouvelle métamorphose, et qu'il s'y développe directement en scolex, puis en strobile du *Bothriocephalus latus* (1).

Je dirai en terminant, qu'on trouve encore chez l'homme deux autres Bothriocéphales : l'un, *Bothriocephalus cordatus*, long de 1 mètre, avec la tête en forme de cœur de carte à jouer, habite dans le Groënland; l'autre, *Bothriocephalus cristatus*, est une nouvelle espèce décrite par M. Davaine et remarquable par la forme du scolex (2).

(La fin dans un prochain numéro.)

(1) Knoch. *Hist. nat. du Bothriocephalus latus, étudié principalement dans son développement* (*Mémoires* de l'Académie de Saint-Pétersbourg, 7e série, t. V, 1862). — Bertolus, *Sur le développement du Bothriocéphale de l'homme* (*Comptes rendus* de l'Académie des sciences, t. VII, p. 568, 1863).

(2) C. Davaine, article Cestoïdes (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XIV, p. 589, fig. 12, 1873).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Gosselin présente, au nom de MM. Bochefontaine et Chabert, une note sur l'action physiologique du salicylate de soude.

« Dans ces dernières années, disent ces messieurs, le salicylate de soude a été l'objet, tant en France qu'à l'étranger, d'un assez grand nombre de travaux qui paraissent avoir établi son heureuse influence dans diverses maladies, particulièrement dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu. Quelques-uns de ces travaux, en grande partie signalés dans les récentes communications de M. G. Sée à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, men-

tionnent des expériences faites pour déterminer la dose de salicylate qui peut être donnée aux animaux sans produire chez eux des troubles graves; mais ils ne fournissent pas de renseignements positifs sur l'action physiologique de ce médicament qui vient de prendre rang dans la thérapeutique.

Afin d'étudier cette question, et à l'instigation de M. Vulpian, nous avons fait une série d'expériences sur des grenouilles, des cobayes et des chiens. Nos recherches ont toutes été faites par la méthode hypodermique, soit avec des solutions de salicylate de soude, soit avec ce sel à l'état pulvérulent.

Nous avons employé d'abord un salicylate de soude impur, alors plus répandu dans le commerce que le salicylate pur, et dont l'odeur est franchement phéniquée. Ce salicylate phéniqué a sur l'organisme une action locale assez considérable qui présente des inconvénients, particulièrement quand on expérimente avec des grenouilles. Chez ces batraciens, en effet, il altère les tissus, les tanne jusqu'à un certain point, et leur donne une couleur blanchâtre; il les imbibe en même temps de proche en proche et peut, par ce mécanisme, qu'il faut se garder de confondre avec un phénomène d'absorption physiologique, produire une inertie complète, puis la mort. Le salicylate de soude pur, très-soluble dans l'eau comme le précédent, parfaitement blanc et inodore, ne possède pas à un même degré la propriété d'altérer les tissus, et par suite de mettre obstacle à leur pouvoir d'absorption. Les symptômes auxquels il donne lieu se produisent d'ailleurs avec une rapidité telle qu'il ne semble guère possible de les attribuer à un phénomène physique, à une simple imbibition des tissus; ils paraissent plutôt être la conséquence d'un phénomène d'absorption physiologique.

En tenant compte, du reste, des difficultés que présente l'analyse physiologique de l'action du salicylate de soude sur les grenouilles, nous croyons pouvoir résumer comme il suit les effets physiologiques de cette substance chez les différents animaux sur lesquels nous avons expérimenté.

1. Le salicylate de soude est un agent toxique à la condition d'être administré à dose relativement considérable; 5 à 6 centigrammes de salicylate pur introduits sous la peau d'un membre postérieur d'une grenouille déterminent d'abord un peu d'affaiblissement de l'animal, puis une paralysie complète du mouvement suivie d'arrêt du cœur au bout de quelques heures. Toutes les grenouilles chez lesquelles on a pu abolir ainsi les mouvements volontaires et réflexes sont mortes au bout d'un temps variable.

Sous l'influence de 2 grammes de salicylate de soude, les cobayes deviennent moins sensibles aux excitations des différentes parties du corps. Si la dose est portée à 4 ou 5 grammes, ces animaux sont bientôt pris d'une faiblesse croissante; ils s'affaissent sur le ventre, tombent ensuite sur le côté et ont alors de l'agitation convulsive des quatre membres et des mâchoires; en même temps les mouvements respiratoires sont ralentis et la mort a lieu un quart d'heure environ après l'injection sous-cutanée de salicylate.

Chez le chien, 8 grammes de salicylate pur ont déterminé un peu d'engourdissement général, puis, pendant six ou huit heures, des vomissements répétés, sanguinolents quelquefois. Ce fait expérimental est confirmé par l'observation clinique. Nous avons, en effet, connaissance d'un cas de rhumatisme chronique pour le traitement duquel on avait prescrit une dose exagérée de salicylate de soude. La malade prit la potion dans les vingt-quatre heures et eut des vomissements incoercibles pendant trois jours consécutifs.

2. Le premier effet du salicylate de soude paraît être d'affaiblir les mouvements spontanés et la sensibilité générale, en vertu d'une action sur l'encéphale.

3. Les mouvements réflexes disparaissent ensuite, le salicylate de soude ayant la vertu de diminuer et d'abolir les propriétés réflexes de la substance nerveuse grise bulbo-médullaire. Chez les grenouilles au moins, le salicylate de soude, comme toutes les substances qui paralysent l'axe gris bulbo-médullaire, manifeste d'abord son action par des effets hypersthénisants de peu de durée; les effets hyposthénisants apparaissent ensuite.

4. Les propriétés des nerfs centripètes ne paraissent pas modifiées avant celles des nerfs centrifuges.

5. L'excito-motricité des nerfs centrifuges subsiste encore alors que les mouvements réflexes ont entièrement cessé.

6. La contractilité musculaire est abolie plus tard que l'excito-motricité des nerfs.

7. Les mouvements respiratoires, puis les battements cardiaques, sont ralentis et ensuite abolis. Ceux-ci persistent les derniers; chez les grenouilles, le cœur a continué de battre alors que toute trace de contractilité musculaire avait disparu.

Le salicylate de soude ne saurait donc être considéré comme un poison du cœur, ni comme un poison musculaire. Il ne paraît pas influencer, d'une manière spéciale, le système nerveux périphérique, et particulièrement les fibres nerveuses sensibles. Il agit certainement sur le système nerveux central, sans doute sur la substance grise encéphalo-médullaire.

Ce mode d'action du salicylate de soude fournit une explication rationnelle de l'affaiblissement primordial de la sensibilité générale, qui est la conséquence de l'injection sous-cutanée du médicament salicylé. En effet, le salicylate de soude, en diminuant les propriétés de la substance grise centrale encéphalo-médullaire, affaiblit nécessairement les impressions qui sont transmises à cette substance par les fibres nerveuses sensibles.

Si l'on transporte cette donnée physiologique sur le terrain de la clinique, on comprend la diminution remarquable de la douleur qui se produit sous l'influence du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire ou dans les accès de goutte. Les irritations des extrémités des nerfs sensibles dans les articles malades n'impressionnent plus alors la substance grise nerveuse centrale encéphalique. De là la diminution de la sensibilité à la douleur, l'analgésie constatée chez les rhumatisants et les goutteux traités par le salicylate de soude, et sur laquelle M. G. Sée a spécialement appelé l'attention. Quant à l'action locale du salicylate de soude sur les dépôts tophacés des articulations, elle échappe à l'analyse physiologique, les expériences ne pouvant être faites que sur des animaux dont les articulations sont dans l'état normal. »

M. P.-H. Boutigny (d'Évreux) adresse l'observation suivante à propos des satellites de Mars :

« L'Académie me permettra-t-elle de reproduire ici un passage d'un ouvrage que j'ai publié il y a plus de trente ans :

« Toutes les planètes supérieures (et c'est une remarque curieuse), excepté Mars, ont des « satellites, et en plus grand nombre que la Terre. Mars est donc une exception, mais je ne « la crois qu'apparente ; et, si l'on n'a pas encore découvert de satellite dans la sphère d'at- « traction de cette planète, c'est probablement que les télescopes ne sont point encore assez « puissants pour qu'on puisse les apercevoir, ou que cette planète n'a point été observée avec « assez d'attention et de persévérance. Si j'étais astronome, et que j'eusse des télescopes à ma « disposition, Mars serait l'objet de mes observations de prédilection. »

Ces quelques lignes ne semblent-elles pas prouver, une fois de plus, que l'on peut raisonner juste en raisonnant par analogie ?

Comme je ne voudrais pas que personne vît dans ce qui précède un semblant de question de priorité, je m'empresse de déclarer qu'à mon sens, la gloire de cette grande découverte appartient tout entière à l'Observatoire de Washington, où mon livre est probablement inconnu. »

Supposer que l'Observatoire de Washington ne connaît pas le beau livre intitulé : *Études sur les corps à l'état sphéroïdal*, est, en quelque sorte, une injure que pouvait seule se permettre la modestie de l'auteur, M. Boutigny (d'Évreux). — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 août 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire. — Amputation de la jambe à sa partie moyenne par le procédé à deux lambeaux, de Teale. — Rapports : Thérapeutique du tétanos ; cas de dystocie. — Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus réduite au 79e jour. — Utilité de la compression digitale dans les fistules urinaires périnéales. — Présentation de pièce pathologique : Kyste du rein.

(Suite et fin. — Voir l'Union Médicale du 20 septembre.)

— M. Périer fait un rapport sur une observation de luxation sous-glénoïdienne de l'humérus réduite au soixante-dix-neuvième jour.

— M. Delens fait un rapport sur un travail de M. le docteur Maréchal, chirurgien de la marine, relatif à l'utilité de la compression digitale dans les fistules urinaires de la région périnéale.

— M. Lannelongue met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique provenant d'un enfant qui a présenté un cas embarrassant pour le diagnostic. Cet enfant, âgé de 8 ans environ, avait, au-dessous du foie, une tumeur mate avec fluctuation. M. Marchant, qui remplaçait M. Lannelongue, crut à un kyste du foie, et fit une ponction qui n'amena l'issue d'aucune hydatide.

A son retour, M. Lannelongue accepta d'abord comme vraisemblable le diagnostic de kyste du foie ; puis, se ravisant, il admit qu'il s'agissait d'un kyste du rein. Quelques ponctions donnèrent issue à des liquides et à des gaz ; un jour le kyste se vida spontanément dans l'appareil urinaire.

Le 2 août, l'enfant fut frappé, tout à coup, d'hémiplégie complète à gauche ; cette hémiplégie disparut à peu près complétement, le soir, en même temps que l'enfant prenait, dans son lit, une attitude bizarre et forcée, les avant-bras fléchis sur les bras, les cuisses sur l'abdomen, la tête à droite, sans strabisme.

Le lendemain, le petit malade tomba dans le coma; il mourut le 7 août.

Voici quelles ont été les lésions constatées par l'autopsie, faite avec le plus grand soin sous les yeux de M. Lannelongue :

Le foie déborde de beaucoup les fausses côtes, et le côlon transverse, dilaté, suit toute la longueur de son bord antérieur, de telle sorte que le kyste est complétement caché; pour le découvrir, il faut abaisser le côlon et pénétrer en dessous de la face inférieure du foie.

Le gros intestin et la seconde portion du duodénum adhèrent à la face antérieure du kyste. En outre, une petite lame épiploïque se déjette en dehors et va contracter des adhérences avec cette même face du kyste.

Celui-ci se présente sous forme d'une masse volumineuse, un peu allongée, occupant la région du flanc et la fosse iliaque, et adhérant d'une façon intime à la face inférieure du foie. Il est couché sur toute la paroi postérieure de la cavité abdominale; il suit le trajet de l'uretère, qu'il englobe pour ainsi dire, et est accolé à la veine cave ainsi qu'à tous les vaisseaux voisins. Les vaisseaux qui émergent du rein semblent sortir de sa paroi.

Voici quels sont les rapports du kyste avec les viscères voisins :

1° Le kyste en rapport avec toute la face inférieure du lobe droit du foie est attaché seulement par des adhérences qui vont du bord antérieur au bord postérieur, et qui unissent toute la face inférieure du lobe droit à la paroi du kyste. En détachant ces adhérences, on voit que la face inférieure du foie est intacte.

2° Il existe des adhérences avec l'intestin, mais il n'y a aucune communication entre ce dernier et le kyste.

3° En séparant le péritoine du kyste, qu'il recouvre en avant, on finit par trouver le rein. Celui-ci occupe la partie inférieure du kyste; il est enfermé comme dans une loge dans sa partie inférieure. Le volume de ce rein dépasse celui du rein d'un adulte. La place occupée par le rein dans le kyste établit que celui-ci a pris naissance dans la partie supérieure de l'organe.

Le rein gauche est très-volumineux; son poids est de 132 grammes. La substance corticale de ce rein est décolorée, jaunâtre, comme graisseuse, tandis que la substance médullaire a une coloration moins foncée que d'habitude.

L'uretère du rein malade a ses parois très-hypertrophiées; il est, de plus, compris dans une gangue inflammatoire épaisse qui fait corps avec les parois du conduit. Ces tissus sont devenus comme fibreux et crient sous le scalpel. Quant à la muqueuse, elle présente un aspect grisâtre, elle est très-adhérente et friable.

Les lésions de l'uretère se continuent sur les parois vésicales; celles-ci présentent en plus une ulcération étendue de l'embouchure de l'uretère au col de la vessie. Cette ulcération est superficielle, bien que, dans quelques points, elle s'engage entre les faisceaux musculaires tout en les respectant. A son niveau, la muqueuse est complétement détruite.

Elle part du col de la vessie pour se continuer jusque dans l'intérieur de l'uretère malade. Elle est limitée par une ligne nette, rougeâtre, et occupe une étendue d'environ 3 centimètres de largeur, espace compris entre les deux uretères.

Au devant d'elle se trouve une seconde petite ulcération elliptique, limitée par un bord rouge saillant présentant l'aspect d'une aphthe ulcérée.

Le reste de la muqueuse vésicale offre sur une partie seulement une rougeur plus vive que d'habitude. Là, les vaisseaux dessinent des ramifications très-évidentes dont le pourtour est violacé.

En résumé, les lésions inflammatoires sont étendues du kyste au col de la vessie, où elles ont produit cette ulcération. L'urèthre ne présente aucune lésion.

Cerveau : Il existe à la base de cet organe une série de lésions dignes d'intérêt ayant leur siége sur la face inférieure du pédoncule cérébral gauche, dans la scissure de Sylvius et sur la protubérance.

La face inférieure du pédoncule présente une série de trous vasculaires avec une coloration rouge-noir; ces lésions sont plus prononcées sur le pédoncule gauche. En faisant une coupe sur chaque pédoncule, on remarque qu'à gauche il existe une suffusion sanguine dans le pédoncule depuis sa surface inférieure jusqu'à un demi-centimètre de profondeur, et dans une étendue de 2 centimètres de la longueur du pédoncule depuis son origine; la coupe est noire, et, par un filet d'eau, on a de la peine à détacher le caillot; il y a, aux limites de la suffusion, un certain degré de ramollissement.

Il y a également un foyer de ramollissement dans la scissure de Sylvius du côté gauche, à la surface de la circonvolution marginale postérieure, près de son origine, ramollissement rougeâtre de 2 ou 3 centimètres de longueur, avec de petites suffusions sanguines dans la partie ramollie.

Enfin, sur la face inférieure de la protubérance, on trouve une vascularisation énorme

avec coagulation sanguine dans les veines; les caillots sont adhérents et durs; la surface de la protubérance présente une couleur hortensia; ils se prolongent dans les veines d'un plus gros calibre. Le sinus longitudinal inférieur est en partie oblitéré par eux. Ces caillots ne sont pas récents. Dans les petites veines, ils sont fermes, très-adhérents et noirs; dans les troncs plus volumineux, il en est qui ont déjà subi un commencement de ramollissement; leur surface est irrégulière, grisâtre; ils adhèrent encore par places. L'examen du tronc basilaire et de ses branches, ainsi que celui de l'hexagone artériel, établit que toutes les artères de l'encéphale sont libres et ne présentent aucune oblitération.

Il y a donc eu thrombose partielle dans certains sinus, dans l'inférieur en particulier, ainsi que dans les veines de la base qui a produit les lésions de l'encéphale.

— La Société de chirurgie prend ses vacances annuelles à partir du 15 août; la reprise des séances aura lieu le premier mercredi d'octobre.

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

LAVEMENT ANTIDYSENTÉRIQUE. — V. D'ARLON.

Sulfate d'alumine et de potasse.	8 à 12 grammes.
Extrait de valériane.	4 grammes.
Laudanum de Sydenham	1 —
Amidon.	30 —
Décoction de guimauve.	500 —

F. s. a. — Pour deux lavements à prendre dans les vingt-quatre heures, dans le cas de dysenterie. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 29 SEPTEMBRE 1709.

On enterre, à Paris, dans l'église de Saint-Germain-l'Auxerrois, Reymond Finot, natif de Béziers, médecin du prince de Condé, et qui avait été reçu docteur le 3 février 1667. Si, chers lecteurs, vous visitez la galerie française, au Louvre, vous verrez un assez beau portrait, représentant un personnage à la figure expressive, aux longs cheveux tombant en désordre sur les épaules. Consultez le Livret, et vous lirez ceci : *Portrait de Fagon, premier médecin de Louis XIV*... Il n'était pas possible de commettre une plus lourde faute. Ce portrait est celui de Reymond Finot. Notre Faculté possède la même toile, l'original, je pense. Le portrait de Fagon, peint par Hyacinthe Rigaud, est cependant bien connu; la gravure, qui en a été faite par Edeline, se rencontre souvent chez nos étalagistes. — A. CH.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE. — Le Comité médical des Bouches-du-Rhône met au concours, pour l'année 1878, les questions suivantes :

1° Des avantages et des inconvénients des Sociétés de Secours mutuels, pour le public, le Corps médical et le Corps pharmaceutique;

2° Des Bains de mer dans le bassin méditerranéen; Étudier leur action au point de vue hygiénique et thérapeutique;

3° De la Pepsine, de sa préparation, de ses usages.

Des médailles d'or, d'argent et de bronze, ainsi que des mentions honorables, seront décernées par la Commission du concours, aux auteurs des meilleurs travaux sur ces diverses questions.

Les mémoires seront envoyés sous les formes académiques, au secrétariat du Comité, rue de l'Arbre, 25, à Marseille, avant le 31 mars 1878.

Un concours permanent pour les instruments de médecine et de chirurgie est ouvert au Comité médical. Les inventeurs d'instruments nouveaux qui désirent y participer sont invités à faire parvenir au siége du Comité médical, avant le 31 mars de chaque année, les modèles de leurs instruments, avec les notes dont ils croiront devoir les accompagner.

Le Président du Comité, Dr ISOARD.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

HELMINTHOLOGIE

SUR LES TÉNIAS, LES ÉCHINOCOQUES ET LES BOTHRIOCÉPHALES DE L'HOMME;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans les séances du 13 octobre et du 3 novembre 1876 (1),

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE,
Membre de l'Académie de médecine,
Agrégé libre de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

VI. — SUR LE TRAITEMENT DES VERS CESTOÏDES.

Ce n'est point devant la Société médicale des hôpitaux qu'il conviendrait de présenter en détail les divers moyens de traitement des vers cestoïdes; chacun de mes collègues les connaît et les met en usage. Qu'il me soit permis de dire seulement ce que j'ai vu, de faire part de ce que j'ai observé.

D'une manière générale j'ai eu à faire rendre beaucoup plus de Ténias inermes, venant sûrement de la viande de bœuf crue dont on a tant abusé, que de Ténias armés provenant de la viande du porc. La proportion du Ténia inerme, par rapport à celle du Ténia armé, est de quinze à vingt pour un; elle est considérable en faveur du premier, nous l'avons tous notée (2).

Avant de prescrire un anthelminthique, je demande à voir les fragments expulsés, et je ne donne avec sécurité le médicament que si le malade rend des Cucurbitins ou s'il vient d'en rendre depuis peu. Si une expulsion de strobile a eu lieu sans la tête, je fais attendre jusqu'à ce que de nouveaux fragments apparaissent dans les garde-robes ou spontanément.

On peut, par précaution, faire manger peu le malade la veille du jour fixé pour l'expulsion; le lendemain matin, un grand lavement débarrasse le gros intestin. La potion ou le médicament ténicide étant pris, le malade va à la garde-robe dans un vase rempli d'eau tiède, où on trouve plus facilement la tête du ver.

J'ai remarqué combien sont nerveux la plupart des malades atteints du Ténia, et

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 11, 13, 18, 20, 25 et 29 septembre.

(2) A. Laboulbène. *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2e série, t. XII, p. 298, 1875.

FEUILLETON

CONGRÈS TENU A GENÈVE POUR L'ABOLITION DE LA PROSTITUTION

Genève est la ville des Congrès. On y aime les étrangers, même quand cet amour n'est pas absolument désintéressé; on y entend admirablement l'hospitalité : vendue, elle est confortable; donnée, elle est franche, cordiale, empressée. Le veau gras est tué, le vin coule comme les flots du Rhône bleu, et quand on a bien repu, choyé, promené, fêté son hôte, on ne le laisse partir qu'en lui disant : « Au revoir. »

D'autre part, le Genevois est, de naissance, l'ami de tout ce qui est réunion, société, comité, association. Science, morale, charité, religion, tout est matière à une œuvre; on n'est pas content si l'on n'a pas fondé sa petite œuvre. Il faut à tout prix s'occuper de quelque chose et faire du bien à quelqu'un, même à des gens que cette sollicitude laisse probablement assez froids, tels que les petits Chinois qu'on rachète, ou les jeunes Hottentots qu'on évangélise. Peu importe; on s'assemble, on cause, on prend du thé, beaucoup de thé, autant que dans les romans de Dickens; et quand on veut réunir quelques âmes bien pensantes dans un de ces petits cénacles où la morale n'exclut pas quelques douceurs terrestres, on offre ce qu'on appelle, comme en Angleterre, un *thé religieux*.

Les femmes, les vieilles filles surtout, sont passionnées pour ce genre d'exercice. Il y a de vieilles filles partout, avec leurs défauts et leurs qualités. Il y en a, à Genève comme ailleurs, qui sont bonnes, aimables, dévouées, maternelles, si l'on peut ainsi dire, toujours prêtes à

surtout ceux qui croient l'être. Il m'est arrivé plusieurs fois, cédant à des instances réitérées, de donner un anthelminthique sans voir rendre aucun fragment de ver rubané. Suivant la remarque fort juste de M. Constantin Paul (1), beaucoup de personnes ayant eu le Ténia affirment encore en ressentir les atteintes, quoiqu'elles en soient parfaitement débarrassées. J'ai vu des malades hypochondriaques venir avec un Ténia emprunté et dans le but de prendre un ténicide pour être sûrs de ne pas avoir le ver solitaire. Une fois, j'ai constaté chez un épileptique vrai la présence d'un Ténia, et malheureusement la sortie du ver entier n'a pas guéri le malade.

D'après mes observations, les malades raisonnables et atteints de Ténia n'éprouvent que des incommodités passagères et assez peu marquées. Ceux dont le système nerveux est excitable offrent des symptômes divers : les troubles de la vue, les vertiges, les démangeaisons du pourtour de la bouche, du nez et de l'anus sont les phénomènes réflexes les plus ordinaires. Les convulsions, les accidents épileptiformes m'ont paru relativement très-rares; cependant, les accidents hystériformes chez l'homme doivent toujours faire penser au vieux précepte, et dans ces conditions : *Tæniam cogita.*

Plusieurs fois, j'ai constaté une diarrhée anormale et des troubles intestinaux sans gravité, mais persistants, chez des hommes qui ne savaient pas être atteints de ver rubané; ces troubles ont cessé après l'expulsion.

J'ai déjà fait voir, en traitant de la physiologie du Ténia inerme, que le but principal, en donnant un anthelminthique, devait être d'engourdir le ver et puis de l'expulser comme un corps étranger. Les meilleurs médicaments seront ceux qui, à l'action spéciale exercée sur le Ténia, joindront des propriétés purgatives.

Je crois qu'on peut réussir avec tout médicament bien manié, mais qu'on peut échouer avec tous. Je me suis beaucoup servi d'écorce de grenadier (2), j'ai employé le kousso, la fougère mâle, les semences de courge, le kamala, l'éther, la térébenthine, etc. Avec chaque médicament, j'ai réussi quand je suis parvenu à empêcher le ver de se fixer dans l'intestin et quand je l'ai expulsé dans un état de torpeur.

Il ne me paraît pas y avoir de médicaments ténicides spéciaux et l'indication est remplie de plusieurs manières. Chez la femme d'un architecte distingué, très-ner-

(1) *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, 2e série, t. XII, p. 299, 1875.

(2) A. Laboulbène. *Sur une manière simple et commode de faire rendre le Tænia* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXXV, p. 145 et 193, 1873).

---

excuser chez les autres des fautes qu'elles ne connaissent que de nom. Mais il n'y a qu'ici qu'on trouve « la vieille fille genevoise » dans toute l'acception du mot, un type digne du pinceau de Balzac. Sèche, anguleuse, pointue, sans formes, sans rondeurs (si Dieu ne lui avait donné le goître) ; jamais naturelle, ni dans ses gestes, ni dans ses paroles ; elle ne marche pas, elle trottine ; elle ne s'assoit pas, elle se perche ; elle ne rit pas, elle étire ses lèvres ; elle ne parle pas, elle bêle. Avec cela, doucereuse, sucrée, confite, levant les bras au ciel pour appeler sa miséricorde sur les « pauvres pécheurs » (vous et moi), car son intolérance n'admet pas que l'humanité ait d'autres idées que celles de son cerveau atrophié, d'autres besoins que ceux de son maigre corps. Il faut la voir flairer, humer, déglutir à petites gorgées sa tasse de thé, avec des mines de chatte, ronronnant, fermant à demi les yeux, goûtant, avec tout ce qu'elle peut éprouver de volupté, cette satisfaction permise, quoique sensuelle ; il faut l'entendre, dans son intraduisible accent genevois, parler de ses œuvres, de ses comités, ses chers comités, qu'elle prononce un peu comme ce député qui disait : « *Là queumission.* »

Il y a des grâces d'État. Son âge et sa foi lui donnent le droit de tout voir et de tout savoir. Si le but est moral et chrétien, elle entendra sans sourciller les choses les plus épicées. Par exemple, ne lui parlez pas de Paris, enfer ! de ses plaisirs, turpitudes ! de sa jeunesse, troupeau égaré ! Mais dites-lui, comme cela a été dit il y a deux jours devant un auditoire où les femmes étaient en majorité, dites-lui ce que c'est qu'une maison de tolérance, quelle vie y mènent les filles publiques, quelle différence il y a entre les principales maladies vénériennes, la « gonorrhée, les chancres mous et indurés », et autres choses édifiantes, alors, vous la verrez tendre l'oreille, ouvrir l'œil, approuver de la tête aux bons endroits, — tout cela, parce qu'il s'agit du salut de l'espèce humaine en général, et des pauvres pécheresses en particulier.

veuse, rendant des fragments de Ténia et qui avait essayé sept à huit fois au moins de s'en débarrasser, j'ai pu, après avoir donné l'apozème d'écorce de grenadier du Midi, faire rendre le ver de la manière suivante : cette personne éprouvait de légers vertiges qui me paraissent toujours coexister avec une action anthelminthique, mais elle ne voulait rien avaler de plus et elle n'avait aucun besoin de garde-robe. Le mari m'affirma que le cidre la purgeait et qu'elle en buvait volontiers; l'administration immédiate du cidre fut suivie de l'expulsion totale du ver. Si j'eusse attendu, la tête du Ténia serait restée fixée dans l'intestin. Chez une autre femme, après l'administration pareille d'écorce de grenadier, le lait produisit une expulsion complète. Chez un homme nerveux ayant pris toutes sortes d'anthelminthiques, j'avais donné le sirop d'éther; le besoin de garde-robe étant nul, je pus réussir avec deux verres d'eau de Pullna, pris coup sur coup. J'ai prescrit ainsi des anthelminthiques variés, mais dès que des malaises se produisent, l'administration de l'huile de ricin, du calomel, d'un purgatif quelconque devient urgente, surtout si les garde-robes tardent à venir. Les semences de courge, très-faciles à faire prendre par les enfants et actives par leur matière résineuse verte, sous-épispermique (1), ne m'ont presque jamais fourni la tête du ver. M. Archambault a fait des observations semblables (2). Je puis dire cependant qu'en Anjou, dans des localités où l'huile verdâtre de semences de courge est employée comme condiment, les médecins du pays m'ont affirmé n'avoir jamais vu ou fait rendre de Ténia.

Le kousso est un excellent ténicide, pris en infusion et à l'état granulé; mais je tiens de M. Hirtz une précieuse remarque à cet égard. Pendant qu'il professait à l'hôpital de Strasbourg, M. Hirtz avait entre les mains un petit baril de fleurs de kousso, rapportées d'Abyssinie, où elles avaient été récoltées par un botaniste éminent. Pendant l'administration du premier tiers du kousso renfermé dans le baril, tous les malades atteints de Ténia étaient débarrassés du ver entier; l'action était remarquablement sûre. Dès qu'on employa le second tiers, les fragments du ver étaient expulsés, mais sans la tête; enfin le dernier tiers du même kousso avait encore moins d'action. Il résulte de ces faits que les substances actives du kousso, et probablement aussi de la racine de grenadier, des rhizomes de fougère mâle, etc., sont très-altérables. J'en ai parlé à plusieurs chimistes, et je fais des vœux pour

(1) *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux, 2e série, t. XIII, p. 7, 1876.

(2) Archambault. *Sur le Tænia chez les enfants* (*loc. cit.*, p. 6 et suiv., 1876).

Comment se fait-il qu'on entende un pareil langage ailleurs que dans l'amphithéâtre de la Faculté ou de l'hôpital du Midi? Vous allez peut-être croire que le Congrès médical a eu une deuxième édition? Pas du tout; mais il n'était pas défunt depuis deux jours, qu'il avait un successeur, un grand Congrès « britannique, continental et général », réuni pour « l'abolition de la prostitution. » Rien que cela. Ajoutons que, dans l'intervalle, on a trouvé moyen d'intercaler un autre petit Congrès pour l'observation du dimanche. Vous voyez bien qu'on ne perd pas son temps, et que j'avais raison de vous dire, en commençant, que Genève est la ville des Congrès.

Ainsi, nous vivons aujourd'hui en pleine prostitution. On en parle ouvertement dans les salons; car les membres adhérents sont, pour la plupart, gens du monde, et du meilleur; vous pensez bien que les intéressées n'ont pas voix au chapitre. Les comptes rendus des séances se vendent dans les kiosques, à côté d'une brochure intitulée en toutes lettres : « Prostitution », qui est affichée partout. On ne se gêne pas. Et pourquoi se gênerait-on? La vérité ne se promène-t-elle pas toute nue?

C'est une Anglaise, Me Butler, qui est l'âme du parti, le chef de la phalange des abolitionistes. A sa voix, des quatre coins du globe, hommes et femmes, prêtres et laïques, sont venus se ranger autour de l'oriflamme; sans compter le Père Hyacinthe (pardon! M. Loyson), qui apporte à l'œuvre l'appui de son éloquence. La salle de la Réformation a ouvert ses portes; l'endroit est bien choisi. Les grands murs tout blancs vous inondent de froid, et les bancs de bois dur rappellent à l'assistance que la chair est faite pour être mortifiée. Les grands chefs, les *leaders*, sont sur l'estrade; le public est calme et recueilli; le bataillon des vieilles filles, la landwehr, est à son poste de combat; la prostitution n'a qu'à se bien tenir. Hélas! je suis persuadé qu'elle se tiendra bien.

qu'on trouve et qu'on isole des plantes ténicides un alcaloïde sûr, toujours identique, et qui permette d'agir autrement que nous ne pouvons le faire avec des écorces de grenadier dépourvues d'action, ou du kousso vieilli et à peu près inerte.

Le kamala m'a servi pour expulser le seul Bothriocéphale que j'aie fait rendre, mais j'ai échoué par ce moyen contre un Ténia inerme, dont le malade n'a retrouvé que des fragments. Cette substance résineuse est souvent infidèle et falsifiée ; la teinture est probablement la meilleure de ses préparations.

Contre les cestoïdes à l'état de larve (Cysticerques et Échinocoques) nous pouvons peu de chose par les moyens médicaux : iodure de potassium, acide phénique, sels de mercure. Dans le cas de ladrerie humaine par le Cysticerque du porc, on tuerait chaque Cysticerque au moyen de l'injection de quelques gouttes d'alcool ou de teinture d'iode, ou au moyen de l'électricité. Le professeur Broca a percé les petits kystes avec une aiguille à cataracte, et il en a vidé ainsi 375 dans l'espace de deux mois et demi (1).

Le traitement des Hydatides, surtout des Hydatides du foie, est classique depuis Récamier. Aujourd'hui, en possession de la ponction aspiratrice, nous pouvons plonger un trocart capillaire (2) dans le kyste; on a guéri, j'ai guéri moi-même, des malades par une seule ponction parfois suivie d'urticaire (3). C'est vraiment un beau et utile coup de trocart.

La ponction doit être suivie de l'évacuation complète du liquide, sous peine d'accidents graves. Cette ponction est d'ailleurs précieuse pour le diagnostic. Quand la poche hydatique est unique, c'est-à-dire sans autres Hydatides contenues, le liquide est abondant, en rapport avec la grandeur de la poche qui revient sur elle-même

(1) C. Boyron. *Étude sur la ladrerie chez l'homme*, etc. (Thèse de Paris, p. 76 et 77, 1876).

(2) Desnos. *Note sur quelques points du traitement des kystes hydatiques du foie et notamment sur la valeur de la ponction capillaire avec aspiration comme méthode curative* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXXIX, avec *Bibliographie*, 1875).

(3) Ch. Feytaud. *Recherches sur la pathogénie de l'urticaire qui complique les kystes hydatiques* (Thèse de Paris, 1875). — A. Laveran. *Urticaire consécutive à la ponction d'un kyste hydatique du foie; guérison après une seule ponction* (UNION MÉDICALE, n° 76, 1876).

Et pourtant que d'efforts pour la *tomber*, la malheureuse ! Que de phrases aiguës comme des lames d'épée ! Que de discours pesants comme des coups d'assommoir ! Que de versets de l'Évangile à la rescousse ! Remarquez que je parle de l'Évangile, et non de l'Ancien Testament. On ne cite guère ce dernier; on fait bien; car, entre nous, je vous le demande, n'aurait-il pas mieux valu qu'une femme facile se fût trouvée sur le chemin de quelques-uns de ses héros, tels qu'Onan, Loth ou David ? Le premier ne nous aurait peut-être pas transmis le vice contre nature qui porte son nom; Loth n'eût été que le père de ses filles, ce qui est assez pour un père; et Bethsabée serait restée la femme de son mari, ce qui est quelquefois trop pour le mari, mais toujours assez pour la femme.

Je reviens à la question. On veut donc abolir la prostitution. En soi-même, sans doute, l'idée fondamentale, quoique impraticable, peut avoir un côté élevé. Tout au moins, améliorer les mœurs, prévenir la propagation des maladies vénériennes, faciliter aux filles repenties (*raræ aves*) les moyens de rentrer dans la vie commune par le travail, voilà certainement un but louable. Il y avait, dans ce Congrès, des sections d'hygiène, de morale, de bienfaisance, de législation. Il fallait que chacun apportât son tribut de renseignements sérieux et précis, de mesures à prendre, d'efforts à tenter, dans les limites du possible; il fallait surtout laisser la législation aux juristes, la morale aux prêtres, la bienfaisance aux femmes, et l'hygiène aux médecins. C'était bien simple. Mais non; dans cette Babel, tout le monde a parlé de tout, à tort et à travers. On s'est livré à un dévergondage, pour mieux dire, à une *débauche* de langage inouïe. Le médecin est devenu moraliste; la femme a trempé ses mains dans les virus les plus suspects. On a fait de la religion et de la politique; on a invoqué Jésus et les principes de 89. Je vous citerai, si vous voulez, dans une prochaine lettre, quelques passages des discours qui ont été prononcés. *Cela vaut la peine.* Il faut le voir pour le croire; et, quand on voit que c'est arrivé, on se demande s'il ne faut pas un vrai dérangement d'esprit pour venir débiter en public, sous prétexte d'améliorer les mœurs, des choses si insensées, si scandaleuses, que le vieux Calvin, s'il les a entendues et comprises, a dû en rougir dans sa tombe.

(*A suivre.*) H....

après avoir été vidée. Si au contraire, et j'y insiste spécialement, il ne s'écoule d'un kyste hydatique volumineux qu'une faible quantité du liquide spécial, si en retournant, et avançant le trocart dans plusieurs sens, on parvient à faire sortir de nouveau peu de liquide. le diagnostic est posé : on a affaire à une Hydatide mère, c'est-à-dire remplie d'autres Hydatides (voyez figure 20) qu'il faudrait vider une à une pour guérir le malade. En ce cas, il convient de rejeter la ponction aspiratrice, il faut se frayer une voie jusqu'au kyste en provoquant des adhérences péritonéales, et finalement inciser la poche pour la débarrasser de toutes les Hydatides qu'elle renferme.

Enfin, et c'est par ces dernières considérations que je termine cette communication déjà si longue, nous devons, par toutes nos exhortations et des précautions minutieuses, empêcher l'arrivée, dans nos organes, des Cysticerques et des Échinocoques.

Quant aux Cysticerques du porc, la police sanitaire, quoique insuffisante, est pratiquée, mais pour le Cysticerque de la viande crue du bœuf, on est absolument désarmé. L'usage immodéré, abusif de cette viande crue, ou trop peu cuite, est, on ne saurait trop le redire (1), la cause de l'énorme proportion de Ténias inermes que nous observons. A moins de cas exceptionnels, remplaçons la viande crue du bœuf par des moyens médicaux équivalents et faisons cuire la viande suffisamment, à 60 degrés au moins (2), si nous voulons qu'elle soit salubre, alors qu'elle nous paraîtrait suspecte.

Pour se garantir des Échinocoques venus du *Tænia echinococcus* du chien, il faut faire usage d'eau filtrée. Sachant aujourd'hui ce que j'ai appris, et après ce que j'ai vu trop souvent, si j'étais obligé de boire, à la campagne, l'eau non filtrée d'une mare où vont les chiens de la ferme, j'aimerais mieux souffrir de la soif; pressé par le besoin de boire, je mettrais du café ou du thé dans cette eau, et j'en ferais une décoction. Si je n'avais ni thé, ni café, j'irais chercher, dans un coin du jardin, les feuilles de quelque plante aromatique pour les faire bouillir dans l'eau suspectée, et de plus, craignant que les œufs d'Échinocoque n'aient pas assez éprouvé l'action de la chaleur, je passerais cette eau à travers un linge. Enfin, je plierais même ce linge en plusieurs doubles, tant je redouterais l'invasion de l'Échinocoque, car avec votre science si éclairée et si dévouée, vous auriez peut-être, chers collègues, beaucoup de peine à m'en débarrasser.

(1) H. Rendu. *Le Tænia et la viande crue* (*Revue des sciences médicales*, t. VII, p. 158, 1876).

(2) *Bulletins* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2e série, t. XIII, p. 9 et 10, 1876. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 30, p. 471, 1876.

PATHOLOGIE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

II. — THÉORIE DE L'ANÉMIE CÉRÉBRALE.

2° *Théorie de l'anémie cérébrale.* — Son mécanisme : anémie générale; anémie par dérivation. — Objections à cette théorie : la mort subite par syncope est relativement rare dans les maladies qui s'accompagnent d'une anémie profonde, dans la phthisie pulmonaire, à la suite d'hémorrhagies répétées, etc. — Objections tirées de l'observation des faits cliniques et expérimentaux : ligature des carotides, des vertébrales chez les animaux; ischémie cérébrale par athérome artériel. — Cette théorie explique pourquoi la syncope se produit, mais non pourquoi elle se maintient et devient mortelle.

Les mêmes objections peuvent être faites à cette théorie trop exclusive soutenue par MM. Laveran (1) et Bussard (2). D'après elle, la terminaison fatale et brusque est

(1) (*Arch. de méd.*, 1871). *Loc. cit.*

(2) (*Recueil de Mém. de méd. et chir. milit.*, 1876). *Loc. cit.*

attribuée à une anémie généralisée et subite, intéressant également le bulbe et amenant comme conséquence l'arrêt immédiat de l'organe central de la circulation.

« La mort subite, dit M. Laveran, qui enlève trop souvent les convalescents dans la fièvre typhoïde, est tout à fait comparable à celle qui survient quelquefois chez les anémiques et les leucocythémiques ; à la fin de la fièvre typhoïde, les malades ne sont-ils pas anémiques et leucocythémiques ? »

Un autre mécanisme a encore été invoqué, c'est celui de l'*anémie par dérivation* (1). On sait, en effet, qu'après la déplétion brusque et rapide de certaines tumeurs abdominales (ponction d'une ascite, opération d'ovariotomie, in *Gaz. méd. de Bordeaux* par le docteur Lande, opération de la thoracentèse d'après M. Legroux, *in* UNION MÉDICALE, 1876, déplétion subite de la matrice après un accouchement trop brusque d'après Nœgelé et Grenser, in *Traité d'accouchements*, p. 596, etc.), le sang afflue en très-grande quantité dans les vaisseaux sous-diaphragmatiques et détermine *par dérivation* une anémie des parties supérieures du corps, anémie qui se fait sentir surtout vers le cerveau, au point de déterminer des syncopes mortelles.

Or, chez les gens affaiblis, débilités par une longue et grave maladie, il se produit un phénomène a peu près semblable à celui que nous venons de citer. Tout le monde connaît, surtout depuis les expériences du professeur Piorry confirmées par Hall (2), l'influence que la pesanteur exerce sur la circulation sanguine. Cette influence se produit surtout chez les individus anémiés, faibles, chez les convalescents, lorsqu'ils changent de position, qu'ils passent de la position horizontale à la position verticale ou réciproquement. Quand les vaisseaux sont distendus, comme à l'état normal, par une quantité suffisante de sang, il est évident qu'ils doivent résister davantage à l'action de la pesanteur ; mais, d'une autre part, celle-ci se fera sentir dans toute son intensité sur des vaisseaux dont la tension se sera affaiblie par suite de la petite quantité de liquide qui les traverse (3). Or, chez un débilité ou un anémique, les effets de la pesanteur se produisent au maximum quand il change de position, quand il se lève ; il survient alors une véritable dérivation sanguine au profit des parties inférieures du corps, aux dépens des parties supérieures et surtout du cerveau, par suite de la diminution de tonicité des vaisseaux qui ne peuvent plus résister à l'action de la pesanteur. Aussi, il résulte d'expériences faites par Guy et Graves (4) confirmées par M. Marey (5) que, dans la station debout, le pouls augmente de fréquence, la circulation des membres inférieurs est activée, celle de la cavité cérébro-spinale ralentie. A plus forte raison, ces symptômes seront-ils plus accusés chez un convalescent de fièvre typhoïde, et se traduiront-ils par des vertiges, des éblouissements, des lipothymies et des syncopes (6).

Nous sommes loin de nier l'influence de cette cause sur la production des syncopes à la fin de la fièvre typhoïde ; mais ce que cette théorie, pas plus que celle de MM. Laveran et Bussard, ne parvient à expliquer, c'est la cause de la persistance de la syncope. En d'autres termes, nous comprenons à merveille pourquoi et comment elle se *produit*, mais nous ne comprenons plus pourquoi *elle se maintient*.

(1) Voyez, à ce sujet, la thèse récente de M. Hosteing sur la *syncope*, page 86, 1877.

(2) Piorry. (*Arch. de méd.*, 1826, t. XII, p. 547.) — Hall. *On the effets of loss of Blood.* (*Med. ch. Trans.*, 1832, t. XVII.)

(3) Prenez deux tubes : l'un est presque rempli de liquide; si vous l'agitez dans tous les sens, si vous le retournez, le contenu se déplacera à peine ; — l'autre est rempli aux deux tiers, si on le renverse, le contenu se déplacera davantage.

(4) *Guy's Hospital reports.* Vol. III, p. 92 à 308. — Graves. *Leçons de clin. méd.*

(5) *Physiologie méd. de la circulation du sang*, p. 212, 1863.

(6) Bricheteau parle d'un malade affaibli qui ne pouvait travailler qu'à la condition de tenir sa tête dans une position déclive par rapport à tout le reste du corps. (Cité par M. Potain, art. ANÉMIE, in *Dict. encyc. des sc. méd.*)

Que de fois ne voit-on pas des individus plus fortement anémiés encore que les convalescents de la dothiénentérie, des phthisiques arrivés, à la dernière période de la consomption, à un appauvrissement considérable des globules (1), des femmes devenues presque exsangues à la suite de métrorrhagies extrêmement abondantes, et qui cependant succombent rarement d'une façon subite! A la suite de ces abondantes déperditions sanguines, le pouls radial peut être à peine perceptible, la faiblesse est extrême, les syncopes se produisent et se succèdent rapidement, elles sont presque subintrantes, la mort est à toute minute imminente, et cependant, à chaque instant, la vie renaît. Si cette anémie cérébrale avait *toute seule*, l'influence qu'on a voulu lui attribuer, celle non pas seulement de provoquer une syncope, mais encore de la maintenir, c'est bien chez ces dernières malades que l'accident mortel devrait se produire; et cependant il n'en est rien dans la plupart des cas.

Donc, cette théorie est encore insuffisante, et nous devons chercher ailleurs.

D'un autre côté, dans les cas d'ischémie locale, lorsque l'athérome des artères encéphaliques rétrécit fortement leur calibre au point de laisser passer une quantité de sang à peine suffisante pour le fonctionnement régulier du cerveau, pourquoi la mort subite par syncope est-elle relativement si rare? Sans doute, la mort peut survenir plus ou moins rapidement, à la suite d'une obstruction vasculaire intéressant un département important de l'encéphale; mais alors, on trouve à l'autopsie des altérations nécrobiotiques, et pendant la vie on a pu constater des symptômes apoplectiques ou hémiplégiques en rapport avec la localisation des lésions, et la terminaison fatale n'est pas survenue par syncope. On a tout au plus observé ce ralentissement des contractions cardiaques, ce pouls lent, apoplectique, sur lequel M. Charcot appelait encore tout dernièrement l'attention (2), et que M. Couty explique, dans un travail récent et remarquable (3), par l'excitation primitive et directe de l'encéphale privé de sang, c'est-à-dire d'un organe qui joue le rôle de modérateur cardiaque. — D'autres fois, l'examen nécroscopique est négatif, le malade a pu succomber subitement et par syncope; mais, en y regardant de plus près, on trouve que l'ischémie cérébrale n'est pas seule coupable de cette mort, et que la dégénérescence graisseuse du cœur, si commune chez les athéromateux, n'a pas été aussi sans jouer un grand rôle.

Du reste, non-seulement l'observation clinique, mais encore l'expérimention, a prouvé que l'anémie cérébrale poussée à ses dernières limites, — si cette anémie existe seule et n'est pas jointe à un autre élément que nous étudierons plus loin, — est souvent incapable de produire la mort subite. La ligature des carotides faite dans un but thérapeutique est-elle toujours mortelle? Ne connaît-on pas les expériences d'A. Cooper qui, après avoir lié sur un chien successivement les deux carotides, puis les deux vertébrales, n'a pas immédiatement déterminé la mort? Si, dans ces cas, la terminaison fatale n'est pas survenue, au moins d'une façon subite, c'est parce que le bulbe et le mésocéphale, dont l'influence sur la circulation est si bien établie, offrent une grande résistance aux effets de l'anémie encéphalique, comme l'a si bien dit notre éminent maître, M. Vulpian; c'est sans doute parce que ces parties des centres nerveux reçoivent des voies anastomotiques très-nombreuses qui permettent une suppléance circulatoire presque instantanée (anastomoses par les artères œsophagiennes ou branches cervicales des sous-clavières d'après A. Cooper; artères thyroïdiennes et intercostales supérieures d'apres Longet; branches fournies aux artères spinales par les vertébrales vers leur origine d'après Panum, Duret (4), etc.).

(1) Le chiffre des globules, chez les tuberculeux arrivés au deuxième ou troisième degré, peut, d'après les recherches de M. Malassez, s'abaisser jusqu'au quart de l'état normal.

(2) Charcot. Soc. de biol., 1876.

(3) Couty. *Étude relative à l'influence de l'encéphale sur les muscles de la vie organique, et spécialement sur les organes cardio-vasculaires.* (In *Arch. de physiologie,* n° 6, 1876.)

Voyez encore les travaux de Mosso, *L'irritazione del cervello per anemia* (*Impartiale,* t. XII, 1872); — Sigmund Mayer. *Studien zur physiologie des Herzens* (1876).

(4) Couty. *Loc. cit.* — Voyez encore les thèses sur l'anémie cérébrale de J. Ehrmann (Strasbourg, 1858), Bachelet (Paris, 1868), Pétrini (Paris, 1874).

Nous avouons que cette suppléance circulatoire ne peut être invoquée dans les faits d'ischémie cérébrale relevant d'une anémie générale; mais si nous avons insisté sur cette résistance particulière du mésocéphale et du bulbe aux effets de l'anémie encéphalique, c'est que nous voulions à la fois nous rendre compte de la rareté relative des morts subites dans certaines anémies profondes (chez les phthisiques, les hémorrhagiques, etc.), et chercher dans l'existence d'autres altérations l'explication de la fréquence relative de la mort par syncope dans la dothiénentérie.

La théorie de l'anémie cérébrale est donc déclarée insuffisante par les faits tirés de la clinique et de l'expérimentation. Il faut chercher ailleurs pour savoir non-seulement pourquoi la syncope se produit, mais aussi et surtout pourquoi elle se maintient.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

ANDRAL

LA MÉDECINE FRANÇAISE DE 1820 A 1830

Par Em. CHAUFFARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8°. Paris, 1877. Librairie J.-B. Baillière et fils.

Andral! Quels souvenirs, quels regrets ce nom rappelle! Pieusement, M. Chauffard les a consignés dans le travail remarquable que nous avons le devoir de signaler à nos lecteurs, et dont nous leur demandons pardon, ainsi qu'à l'auteur, de leur parler si tard.

Les premières pages de ce travail en sont le résumé concis, mais fidèle. Citons-en quelques extraits :

« Le 13 février 1876 s'éteignait, après une courte maladie, l'un des plus illustres représentants de la médecine française. La Faculté de médecine de Paris perdait, en Gabriel Andral, l'un des professeurs qui avaient porté le plus haut la gloire, et marqué le mieux l'esprit de son enseignement; l'Académie des sciences et l'Académie de médecine, l'un des médecins qui, demeurés fidèles à l'observation clinique et aux leçons sévères de la tradition, avaient néanmoins le plus contribué à engager la médecine dans les voies nouvelles que le progrès des autres sciences lui ouvrait; l'un des acteurs principaux de la rénovation médicale accomplie dans la première moitié du siècle, un véritable législateur de l'art, selon l'expression de Bordeu.

« Une telle personnalité vaut assurément qu'elle ne disparaisse pas sans être étudiée, sans que l'on ait retracé sa physionomie véritable et la portée de son action au milieu de l'un des mouvements scientifiques les plus intenses, et, au demeurant, les plus féconds de ce temps. Nul n'a pris une part plus active qu'Andral à ce mouvement; il l'a suivi ou poussé dans toutes les directions utiles, modéré dans la précipitation qui parfois le faisait dévier, réfréné et combattu alors qu'il s'égarait dans les voies d'un système et d'une pratique funestes. Ç'a été le rôle d'Andral de se mêler à tous les débats confus et ardents au milieu desquels s'organisait la médecine contemporaine, et d'y exercer une action prépondérante sans rien perdre cependant de son calme d'esprit, de son impartiale sérénité, de la sûreté de son jugement, sans épouser aucune cause exclusive, si ce n'est celle des vérités en quelque sorte nécessaires, sans s'inféoder à aucune idée systématique, à aucune passion doctrinale, et en recueillant tous les éléments de progrès, d'où qu'ils vinssent.

« Entreprise et consommée dans la lutte, toute imprégnée du souffle de rénovation qui agitait, vers 1820, toutes les intelligences médicales, l'œuvre d'Andral ne peut être mesurée qu'en la replaçant dans le milieu d'où elle s'est dégagée. Elle succède à celle des faibles doctrinaires qui suivaient Pinel, et à celle des anatomo-pathologistes purs qui, comme Prost et Bayle, se dévouaient tout entiers à l'étude des lésions, et laissaient en arrière l'histoire animée des symptômes, l'évolution vivante de la maladie; elle se place entre l'œuvre de Laënnec et celle de Broussais, s'inspirant de toutes les deux, mais le plus souvent pour vulgariser, soutenir et développer la première, pour combattre les exagérations, les entraînements dangereux, les erreurs subversives de la seconde; elle accompagne enfin ou précède l'œuvre de Cruveilhier et de Louis, et concourt avec celle-ci à lever cette moisson de faits et de rapports pathologiques, dont se sont nourries toutes les générations élevées à l'École de Paris. L'œuvre laborieuse et si étendue d'Andral est tellement liée à l'histoire médicale de son temps, que, le plus souvent, raconter l'une c'est raconter l'autre; elle se confond incessamment avec l'ex-

pansion scientifique, rapide et hardie, qui remplit les dix dernières et belles années du gouvernement de la Restauration, années durant lesquelles tout semblait se renouveler en France, les sciences, les lettres et les arts.

. . . .

« La vie de celui dont je veux raconter l'œuvre a été une vie de retraite autant que de science. Je dois, au préalable, l'exposer brièvement. Gabriel Andral naquit à Paris, le 6 novembre 1797. Son père, médecin du roi Murat et consultant de l'empereur, comptait plusieurs générations de médecins parmi ses ascendants. Il appartenait à une de ces vieilles familles, presque dignes d'être appelées hippocratiques, où l'honneur professionnel et l'amour de la science et de l'art se transmettaient de père en fils comme une noblesse héréditaire. Les débuts d'Andral, dans la carrière médicale, furent singulièrement précoces. Il était docteur en médecine en 1821, et agrégé de la Faculté en 1823 après un brillant concours..... Dès 1820, il commençait une série de publications qui laissaient voir l'activité de son esprit, l'étendue de ses connaissances. Déjà il avait publié plus de vingt mémoires sur des sujets variés d'anatomie comparée, de thérapeutique expérimentale, d'anatomie pathologique surtout, lorsqu'en 1823 parut le premier volume d'un ouvrage qui allait placer d'emblée son auteur au premier rang parmi les observateurs contemporains. La *Clinique médicale* d'Andral comptait quatre volumes en 1827. Une seconde édition, commencée en 1829, fut portée à cinq volumes..... La *Clinique médicale* est demeurée peut-être le plus beau titre scientifique de celui qui l'a écrite. Ce livre, conçu d'un jet, où circule une sève abondante, une ardeur contenue, où règne le désir de voir, de connaître et de juger, une inaltérable sincérité, ce livre n'a pas vieilli; et il reste comme un document important et toujours utile à consulter.

« La *Clinique médicale* touchait à peine au terme de sa publication, qu'Andral livrait au public, en 1829, un *Précis d'anatomie pathologique* en deux volumes. Cet ouvrage, annoncé et impatiemment attendu, était la systématisation, au point de vue de la connaissance des lésions, de tout ce qu'avaient révélé à son auteur les observations insérées dans la *Clinique*. C'était l'ouvrage didactique, l'étude générale des faits succédant à la collection et à l'histoire des faits particuliers. Andral transforma ainsi l'œuvre qu'il avait entreprise; il la présentait sous un autre aspect, et, par cela même, il s'agrandissait.

« De tels travaux valurent à leur auteur une renommée rapide; ils désignaient l'agrégé de la Faculté de médecine pour une chaire de professeur, sitôt qu'une vacance permettrait de la lui attribuer..... Aussi Andral, en 1828, recevait-il sa nomination de professeur à la Faculté de médecine. On lui donnait la chaire d'hygiène..... C'était une chaire d'attente; il la quitta en 1830 pour prendre la chaire de pathologie interne.....

« A la mort de Broussais, en 1839, la chaire de pathologie générale fut confiée au seul homme de ce temps qui pouvait l'occuper. Andral fonda cet enseignement, l'éleva et le maintint à la hauteur qui lui revient. Il s'y consacra tout entier, et, dans les dernières années, il essaya de le renouveler en remontant aux origines mêmes de la tradition médicale. Au milieu du tourbillon et des bruits du travail contemporain, il tenta de ramener les esprits aux saines et fortifiantes études de l'histoire; entreprise hardie, et que ne favorisaient guère les courants du jour.

« . . . . Éloigné de toute idée exclusive, il n'oublia pas, comme ses contemporains, l'importance qui revient dans l'économie aux humeurs, au sang en particulier, générateur de toutes les humeurs. Il comprit que la description de l'altération des qualités physiques du sang devenait insuffisante, et qu'il fallait demander à l'analyse des parties constituantes de ce liquide une connaissance plus avancée de ses altérations. »

Ici vient l'indication des travaux d'hématologie entrepris par Andral avec la collaboration de Gavarret et de Delafond, ainsi que ses recherches sur la quantité d'acide carbonique exhalé par le poumon dans l'espèce humaine. Ces études « semblèrent clore les travaux pratiques d'Andral. Bientôt après il entra dans les sévères régions de l'histoire pour ne plus les quitter; il reporta l'activité de son esprit vers l'intelligence de l'ancienne médecine, de la médecine grecque surtout, d'Hippocrate à Galien. »

Tel est le programme — et nous l'avons abrégé — que M. Chauffard s'est proposé de suivre dans l'examen de l'œuvre d'Andral et de son appréciation. Essayons de montrer comment notre savant confrère a rempli ce beau cadre.

(*A suivre.*) A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 juillet 1877. — Présidence de M. MERCIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend : 1° Plusieurs journaux et écrits périodiques; 2° une brochure in-8° adressée par M. Champouillon : *De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des affections catarrhales des organes génito-urinaires, chez l'homme et chez la femme*; Paris, 1877.

A la suite du dépouillement de la correspondance, M. O. LARCHER offre à la Société un exemplaire du fascicule V de la collection des mémoires qu'il publie, depuis plusieurs années, sous le titre de : *Mélanges de pathologie comparée et de tératologie.* — Le présent fascicule contient : 1° la fin d'un *Mémoire sur les affections de l'appareil de la vision chez les oiseaux*; — 2° une *Étude sur la rupture spontanée de l'aorte primitive chez le cheval*; — 3° un *Mémoire sur les affections du système nerveux chez les oiseaux*; — 4° des *Remarques sur les fractures du col du fémur chez divers animaux domestiques*; — 5° une *Étude générale sur le lait rouge*, suivie d'un rapport sur un nouvel exemple de cette altération.

—

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, au nom de M. le docteur A. Moreau (de Tours), fait part à la Société de la perte très-regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de l'un de ses membres les plus distingués, M. le docteur Costilhes, médecin de la prison de Saint-Lazare, à qui MM. Forget, Aug. Voisin, de Beauvais et Gillette ont pu rendre les derniers devoirs.

—

M. DIEULAFOY communique à la Société le résultat d'observations qu'il vient de faire relativement à la *surdité dans ses rapports avec la maladie de Bright.*

M. DE BEAUVAIS considère comme très-intéressants les faits sur lesquels M. Dieulafoy vient d'appeler l'attention, et il invite son collègue à ne pas perdre de vue les cas qui se présenteraient à lui de malades atteints d'albuminurie et de diabète en même temps; il serait important de rechercher si le diabète, qui s'accompagne si souvent de troubles de l'appareil de la vision, n'exerce pas, en pareil cas aussi, une fâcheuse influence.

M. GÉRY cite sommairement deux faits que la communication de M. Dieulafoy lui remet brusquement en mémoire. Ils ont trait à deux hommes encore jeunes, âgés de 25 à 30 ans, tous deux atteints de maladie de Bright. L'un deux, très-albuminurique, est sourd encore aujourd'hui; l'autre, dont l'albuminurie va décroissant, est, en effet, moins sourd qu'il ne l'était d'abord.

M. DIEULAFOY remercie ses collègues de l'accueil fait à sa communication, et sera très-heureux qu'on veuille bien produire les faits capables d'éclairer la question qu'il a soulevée aujourd'hui. Sans doute, il faut se défendre de croire qu'ils soient peut-être aussi communs qu'on pourrait maintenant être tenté de l'admettre *à priori*; mais, pourtant, sur 23 cas déjà relevés, il en est 15 dans lesquels la surdité existe. Enfin, il est bon de tenir compte aussi des *bourdonnements*, qui peuvent être le commencement de désordres plus accusés ultérieurement, et qui acquerraient par là une véritable valeur séméiotique et pronostique.

—

L'ordre du jour appelle le vote de la Société sur les conclusions d'un rapport lu, dans la séance précédente, relativement à l'opportunité des démarches nécessaires pour faire reconnaître, comme établissement d'utilité publique, la Société de médecine de Paris.

La Société, à l'unanimité des membres présents, vote l'opportunité.

—

M. GILLETTE communique à la Société une observation de *céphalotripsie* qu'il vient de pratiquer, à Saint-Louis, sur une Italienne bossue chez laquelle le diamètre antéro-postérieur du bassin était rétréci de 3 centimètres au moins. La grossesse était à terme, et l'enfant était très-bien constitué. M. Gillette a hésité pendant quelque temps, se demandant, avant de procéder au broiement de la tête de l'enfant, s'il ne serait pas plus indiqué, au lieu de sacrifier l'enfant, de pratiquer l'opération césarienne chez cette naine difforme, incapable de procréer et d'une utilité bien douteuse pour la société. — Il s'est conformé cependant à la règle généralement admise, et a fini par choisir et par pratiquer chez cette femme la céphalotripsie, quoique avec regret.

M. Dubuc demande quel a été le sort de la femme après l'opération? Il le demande, ajoute-t-il, avec d'autant plus d'intérêt que, dans deux cas, dont il a gardé le souvenir, la céphalotripsie, pratiquée sur deux femmes rachitiques par le chirurgien qui était alors en fonctions à la Maternité, a été suivie de la mort de chacune d'elles, et l'autopsie a montré que l'utérus avait subi de larges déchirures.

M. Gillette fait observer qu'il n'avait été appelé qu'accidentellement auprès de la malade, qui n'était pas dans un service à lui confié. Il l'a donc perdue de vue, dès le lendemain de l'opération; mais ce qu'il peut dire, c'est que, ce jour-là, le ventre n'était pas douloureux, bien que l'utérus fût encore volumineux et que le pouls battît à 160.

M. Leblond n'aurait pas hésité à préférer l'opération césarienne à la céphalotripsie, dans le cas dont M. Gillette vient d'entretenir la Société. La première de ces deux opérations est, en effet, beaucoup moins dangereuse qu'on ne le suppose généralement; et la seconde, au contraire, huit fois sur dix, entraîne la mort de la mère. Si, du reste, l'opération césarienne ne compte pas jusqu'ici plus de succès, cela tient sans doute à certaines négligences qui subsistent dans la manière générale dont on la pratique. On devrait, par exemple, après l'extraction du fœtus, procéder, comme lorsqu'on fait l'ovariotomie, à un nettoyage attentif des parties intéressées, et l'on pratiquerait ensuite la suture des bords de la plaie utérine, en se servant de liens élastiques. Enfin, ce qui semble prouver l'avantage de ces précautions, mieux que toute idée théorique, ce sont les cas dans lesquels quelques opérateurs ont, sans parti pris, au moment où ils procédaient à une ovariotomie, été conduits par les circonstances à pratiquer, sur la même femme, l'opération césarienne. Il serait facile de retrouver des exemples de ce genre en compulsant les recueils périodiques qui s'occupent de gynécologie, et les succès obtenus sont déjà très-encourageants.

M. de Beauvais fait remarquer que, pour pratiquer l'opération césarienne, quels que soient les perfectionnements qu'on y apporte, il faut encore posséder soi-même une certaine habitude des opérations de ce genre; il faut aussi pouvoir compter sur le concours éclairé de quelques aides. Or, comme il n'est pas toujours possible de réaliser à volonté ces diverses conditions, on conçoit que beaucoup de médecins reculent devant l'idée d'une intervention active, qui engage toujours, à un haut degré, la responsabilité.

M. Durosiez ajoute que, si l'opération césarienne n'est pas plus souvent pratiquée, c'est aussi parce qu'on évite à bon nombre de femmes cette nécessité, en provoquant à temps l'accouchement prématuré.

M. Camuset croit qu'on a bien raison, en effet, de recourir, de préférence, à cette dernière intervention; car, dans un cas qu'il a eu l'occasion de voir se produire à l'hôpital des Cliniques, une petite naine, que l'on avait laissée atteindre le terme de sa grossesse, et qui était déjà en travail depuis un jour lorsqu'elle fut enfin dirigée sur l'hôpital, fut vainement soumise à l'opération césarienne, qui fut promptement suivie de la mort.

M. E.-R. Perrin, bien que l'ovariotomie et l'opération césarienne soient en réalité deux opérations très-dissemblables, pense pourtant que les succès, inespérés d'abord, que la première compte aujourd'hui, doivent, comme l'a dit M. Leblond, contribuer à faire revenir les chirurgiens accoucheurs de l'antipathie dont l'opération césarienne est l'objet à Paris depuis si longtemps. Seulement, pour pratiquer cette opération, il conviendrait de ne pas s'y décider, comme on le fait presque toujours, dans les rares occasions où l'on y recourt, lorsque la patiente est déjà épuisée par les efforts prolongés d'un travail inutile, et lorsqu'on a déjà vainement pratiqué plusieurs applications de forceps, et exercé des tractions réitérées, qui ont été tout au moins infructueuses.

Si, au contraire, on pratiquait l'opération césarienne dès le début du travail, toutes les fois qu'avec l'autorité d'une expérience suffisante on pourrait se croire en face d'un cas où l'accouchement prématuré artificiel eût pu être conseillé, — si l'on avait été consulté plus tôt, — on aurait vraisemblablement plus de chances de succès; car on opérerait sur une patiente encore exempte des divers traumatismes qu'elle aurait déjà subis lors d'une intervention plus tardive.

Quant aux chances d'hémorrhagie, que l'opération césarienne, faite en quelque sorte prématurément, peut faire courir à la malade, on ne peut sans doute pas se les dissimuler; mais, que sont-elles comparativement aux chances habituelles d'insuccès de l'opération tardivement pratiquée?

Enfin, les exemples, de temps en temps publiés, de ces accouchements accidentels, non mortels, survenus à la suite d'un violent traumatisme de la région abdominale antérieure, ne sont-ils pas eux-mêmes de nature à décider, au cas échant, les plus hésitants?

Quant à la céphalotripsie répétée, telle que l'a proposée M. le professeur Pajot pour obvie:

aux dangers que fait courir la céphalotripsie en une seule séance, il est bien certain qu'elle est, en ville, tout à fait impraticable; car une opératien, qui a pour objet la destruction de l'enfant, sans assurer complétement la survie de la mère, serait, en cas d'insuccès, d'autant moins pardonnée à l'opérateur que les temps d'exécution, toujours pénibles, auraient en même temps été plus nombreux.

M. Gillette déclare avoir été très-heureux de voir se produire la préférence générale de ses collègues pour l'opération césarienne, comparée à la céphalotripsie. Si un nouveau cas, du genre de celui dont il a entretenu aujourd'hui ses collègues, venait à se présenter à lui, il n'hésiterait plus à pratiquer immédiatement l'opération césarienne, sans recourir préalablement à l'application du forceps.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, O. Larcher.

FORMULAIRE

Poudre tonique. — Paquelin.

Phosphate tribasique de chaux.	0 gr. 10 centigr.
Phosphate de soude.	0 gr. 30 —
Phosphate de magnésie.	0 gr. 10 —
Phosphate de fer.	0 gr. 04 —
Lactate de chaux.	0 gr. 30 —
Sucre de lait.	0 gr. 40 —
Poudre de coca.	0 gr. 30 —

Mêlez, pour un paquet.

La moitié d'un paquet, à chaque repas, suffit pour les enfants de 8 à 10 ans, atteints de déviation du rachis, et chez lesquels on veut arrêter les progrès du mal. — Huile de foie de morue, bains de mer, bains sulfureux, hydrothérapie, frictions stimulantes sur la région postérieure du tronc (solution saline saturée et alcool à 60°, parties égales), massage, électricité induite, appliquée à l'aide d'un courant de quantité, sur les sacro-spinaux, et accessoirement sur les grands dorsaux; gymnastique. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 2 Octobre 1814.

Mort de Jean-Emmanuel Gilibert, célèbre médecin et naturaliste français. Ses deux principaux ouvrages portent ces titres : « Histoire des plantes d'Europe », Lyon, 1798 ; « Le médecin naturaliste », Lyon, 1800. — L'*Éloge* de Gilibert a été écrit par un médecin habile dans cette sorte de littérature : par Étienne Sainte-Marie, l'auteur d'une brochure remarquable sur les médecins-poètes. — A. Ch.

Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie* (année 1877-1878). — MM. les élèves *internes* et *externes* des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 15 octobre, à l'amphithéâtre de l'Administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie topographique.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis ;

2° *Anatomie descriptive.* — M. Schwartz, prosecteur, les mardis et jeudis.

3° *Physiologie.* — M. le docteur Henriet, prosecteur, les mercredis et samedis.

4° *Histologie.* — M. le docteur Grancher, chef du Laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le *Laboratoire d'histologie* sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques. — Le *Musée d'anatomie* sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le docteur Mallez commencera des *conférences cliniques sur les maladies de l'appareil urinaire,* le mercredi 3 octobre, à une heure, à sa clinique, 3, rue Christine, pour les continuer les vendredis, lundis et mercredis suivants.

Les exercices pratiques de l'analyse des urines seront dirigés par le docteur Jardin.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Sée s'est constitué le défenseur officieux et très-empressé du salicylate de soude. On se rappelle que, dans la dernière séance de l'Académie, M. Sée avait immédiatement répondu, nous ne dirons pas aux attaques, mais aux réserves et à l'appel à la prudence de M. le professeur Bouchardat, qui trouvait que l'on se précipitait peut-être avec trop d'entraînement vers l'application du médicament nouveau. Dans cette séance, M. Sée est revenu sur ce sujet et s'est autorisé de l'analyse de communications faites au Congrès de l'Association médicale britannique qui vient de se tenir à Manchester, et publiées par les *Archives générales de médecine*.

Voici le résumé de ces communications : M. le docteur Jacob a recueilli 100 observations de rhumatisme aigu à l'Hôpital général de Leeds, et traitées par le salicylate de soude en grande partie, ou par l'acide salicylique.

Dans 63 cas, les résultats obtenus ont été extrêmement favorables, la durée moyenne de la maladie n'ayant été que de trois jours, à partir du moment où le traitement a été employé.

Dans 30 autres cas moins favorables, la durée moyenne du traitement a été de onze jours. Dans 2 autres cas, l'acide salicylique a été sans action. Enfin la mort a été observée dans 5 cas où l'acide salicylique a été employé, sans que ce médicament semble avoir eu aucune influence sur la terminaison fatale de la maladie.

Sur 45 malades admis à l'hôpital sans complications cardiaques, 3 seulement ont présenté la péricardite pendant le traitement, ce qui donne une moyenne de 6,6 p. 100.

Un autre praticien anglais, le docteur Carter (de Liverpool) a employé les préparations salicylées dans 50 cas, et les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. D'après les statistiques anglaises, ce médicament donne seulement 8 insuccès sur 100 cas. M. Carter pense également que ce traitement diminue sensiblement la durée de la maladie, combat les symptômes fébriles, et prévient les complications cardiaques.

Quoique ces résultats soient moins beaux que ceux obtenus par M. Sée, il ne les a pas moins exposés avec satisfaction et complaisance, surtout au point de vue de la fréquence infiniment moins grande des complications cardiaques que l'on observerait après le traitement par le salicylate que par tous les autres moyens. Si ce résultat peut être cliniquement bien constaté, le salicylate sera un double bienfait, puisqu'il agit sur l'élément douleur, qu'il supprime, et sur l'élément complication cardiaque, dont il diminuerait la fréquence.

M. Sée a terminé sa communication par un appel à l'intervention de l'Académie sur un point de déontologie professionnelle. Les succès qu'il a fait connaître de l'emploi des préparations salicyliques et surtout du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme aigu et chronique, de la goutte et de certaines névralgies, ont stimulé le zèle de plusieurs pharmaciens, qui annoncent à l'envi leurs préparations. Le public qui lit ces annonces croit pouvoir se passer de l'intervention du médecin, et va directement demander au pharmacien le médicament dont il veut faire usage. Il paraît, selon M. Sée, que, contrairement à la loi, quelques pharmaciens auraient la faiblesse de délivrer ces préparations salicyliques sans ordonnance de médecin. Or, quelques accidents plus ou moins graves lui auraient été signalés sur des personnes qui auraient eu l'imprudence de s'administrer elles-mêmes, intempestivement ou à des doses trop élevées, ces médicaments énergiques. M. Sée sollicite l'intervention de l'Académie pour remédier à cet état de choses, c'est-à-dire pour empêcher les pharmaciens de débiter le salicylate sans ordonnance de médecin.

Nous ne savons si l'Académie trouvera opportun d'accéder au désir de M. Sée, mais, ce que nous croyons déjà savoir, c'est que l'intervention de l'Académie serait

impuissante pour réprimer des abus et faire cesser des illégalités dont il est presque toujours impossible d'obtenir des preuves et des témoignages. Ce n'est pas la loi qui fait défaut, mais la possibilité de son application. Nous reviendrons sur ce sujet, s'il y a lieu.

M. Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce, a lu un très-intéressant mémoire sur la fièvre typhoïde dans l'armée. On en trouvera les conclusions au compte rendu de la séance, ainsi que celles d'une note lue par M. Guéniot sur un procédé de version applicable aux cas difficiles, désigné sous le nom de procédé ano-pelvien. — A. L.

PATHOLOGIE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

III. — THÉORIE DE LA MYOCARDITE.

3° *Théorie de la myocardite.* — Importance des altérations musculaires dans les diverses maladies. — Anatomie pathologique et symptomatologie de ces altérations musculaires dans les différents organes. — Symptômes et complications de la myocardite (mort subite, collapsus, thrombose cardiaque, gangrène des membres, infarctus viscéraux). — Objections à cette théorie trop exclusive.

Dans un certain nombre de maladies, et principalement dans les pyrexies et les fièvres éruptives, parmi les lésions qui affectent les diverses parties de l'organisme, il en est une des plus importantes, c'est celle qui se généralise, qui se systématise pour ainsi dire à tout le tissu musculaire. Décrite par Zenker en 1864, sous le nom de dégénération cireuse des muscles, et regardée par son auteur comme le seul résultat d'un vice particulier de nutrition, elle a été un peu plus tard de nouveau étudiée par Waldeyer (2) qui reconnut en elle les marques indéniables d'un processus inflammatoire analogue à celui de la myosite aiguë d'origine traumatique. Les recherches si consciencieuses de M. Hayem sur les *myosites symptomatiques* achevèrent de démontrer l'importance capitale de ces lésions, ainsi que leur nature inflammatoire.

Ces lésions musculaires extrêmement fréquentes dans la variole, et surtout dans les varioles graves, dans la fièvre typhoïde, se montrent dès les premiers jours de ces maladies, augmentant d'intensité pendant leur cours, et atteignant leurs trois degrés surtout dans la dothiénentérie, où elles ont le temps de se produire par suite de la durée plus longue de la pyrexie. Dans la variole, où la mort arrive du huitième au seizième jour, l'altération musculaire n'arrive pas, ou plutôt elle n'a pas le temps d'arriver à son summum d'intensité.

Nous croyons utile de jeter un coup d'œil sur ces altérations musculaires, afin d'en faire bien comprendre l'importance.

Au *premier degré*, l'altération musculaire est caractérisée par la tuméfaction, la dureté, la friabilité anormale du muscle qui prend une coloration brunâtre ou rouge foncé. Au microscope, les fibres musculaires paraissent gonflées, sinueuses, irrégulières. La striation persiste encore, mais dans certains points elle est moins apparente, obscurcie, par suite de l'apparition de granulations entre les fibrilles des fibres primitives.

Au *second degré*, caractérisé par la dégénérescence *cireuse* de Zenker, mieux appelée *vitreuse* par O. Weber ou *granulo-vitreuse* par Hayem, le muscle devient pâle, terne, d'une couleur rouge jaunâtre ou gris rosé. Sa consistance a diminué, et ses fibres sont cassantes, granuleuses, fragiles, elles sont renflées en cer-

(1) Suite.— Voir les numéros du 15, 25 septembre et 2 octobre.

(2) Waldeyer. *Ueber die Veränderungen der quergestreiften Muskeln bei der Entzündung und dem Typhusprocess*, etc. (*Virchow's Arch.*, p. 473, 1865.)

tains points, étranglées en d'autres, renfermant des masses bosselées, transparentes, *vitreuses* avec granulations. En même temps, on observe une prolifération des éléments cellulaires à l'intérieur du sarcolemme, et tous les phénomènes d'irritation cellulaire du périmysium et de la paroi des vaisseaux. Cette prolifération, pour le dire en passant, est le témoignage irrécusable du travail inflammatoire.

Le *troisième degré* est marqué par la fragmentation, le morcellement des blocs vitreux, l'infiltration de ces blocs par des granulations graisseuses qui leur donnent parfois un aspect opaque, et enfin par la disposition plus ou moins complète des striations et un certain état de vacuité des fibres musculaires. Le muscle est pâle, couleur jaune feuille morte, peu consistant.

Telles sont, d'une façon tout à fait sommaire, les diverses altérations que l'on observe dans les muscles des individus atteints de fièvre typhoïde ou de variole, pour ne parler que de ces deux maladies.

Mais, concurremment avec ces lésions, il en est encore une autre qui se produit en même temps qu'elle et même indépendamment d'elle, et qui, pour le muscle cardiaque en particulier, devra hâter d'une façon rapide la production de la dégénérescence granulo-graisseuse, nous voulons parler de l'altération des vaisseaux. Signalée pour la première fois par Hoffmann et Stein (1), elle n'a été bien étudiée que par M. Hayem (2) sous le nom d'*endartérite proliférante*. Elle consiste dans un épaississement de la membrane interne qui diminue peu à peu le calibre du vaisseau, qui peut même l'oblitérer tout à fait par suite de la formation de caillots thrombosiques. Le plus souvent, ce sont les petites artérioles du muscle cardiaque qui sont atteintes, et non les grosses branches des artères coronaires. Or, lorsque l'obturation siége dans les gros troncs, ce qui est l'exception, il peut en résulter de petits infarctus, de petites hémorrhagies intra-musculaires; mais en raison de la dissémination des lésions artérielles, de leur prédominance sur des vaisseaux de petit calibre, l'irrigation sanguine du cœur se fera incomplétement et produira une ischémie diffuse de tout l'organe. Dans un muscle, dans le myocarde enflammé, il faut donc considérer deux choses : d'une part, l'inflammation du muscle avec tous les caractères de gonflement, de prolifération, de multiplication des éléments; d'autre part, l'inflammation des artérioles du muscle et consécutivement le rétrécissement de leur calibre, l'obturation de leur lumière favorisant d'une façon plus rapide encore l'anémie de l'organe, sa dénutrition et la dégénération de ses fibres, ainsi que des produits inflammatoires. Dans un travail que nous avons eu l'honneur de faire en commun avec notre affectionné et savant maître, M. Desnos (3), c'est la même opinion que nous exprimions quand nous disions : « L'ischémie musculaire qui résulte du rétrécissement artériel, doit singulièrement hâter la dégénérescence graisseuse. Celle-ci reconnaîtrait donc deux causes dans la myocardite : l'inflammation et le défaut d'irrigation sanguine par l'oblitération des petites artères. »

Ces altérations profondes du tissu musculaire forment un chapitre des plus importants dans l'histoire des maladies et dans celle des maladies fébriles et infectieuses; elles sont non-seulement fréquentes dans la variole et la fièvre typhoïde (4), mais elles ont été aussi observées dans la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, la diphthérie, la phthisie aiguë, l'ictère grave, dans l'intoxication palustre; elles

(1) Stein. *Untersuchungen über die myocarditis*, p. 73. München, 1861.

(2) *Loc. cit. Arch. de méd.*, 1869.

(3) *Des complications cardiaques dans la variole, et notamment de la myocardite varioleuse.* Paris, UNION MÉD., 1870-1871.

(4) Depuis la publication de notre travail, fait en commun avec M. Desnos, sur la *myocardite varioleuse*, des travaux nombreux ont confirmé, pour d'autres maladies, les recherches que nous avions faites pour la variole, et démontré ainsi l'importance des dégénérescences musculaires et cardiaques dans un grand nombre d'affections : 1° dans la diphthérie, où MM. Bouchut et Labadie-Lagrave ont trouvé des lésions du myocarde, *in* thèse inaug. de 1873, *Sur les complications cardiaques du croup et de la diphthérie*; — 2° Dans l'érysipèle de la face, *in* thèse inaug. de Sevestre, *Sur les manifestations cardiaques de l'érysipèle de la face*, p. 64, 1874; — 3° dans la fièvre pernicieuse, où la myocardite donne lieu souvent à la forme syncopale, *in* UNION MÉD., 1874, *Des altérations du cœur et des muscles volontaires dans les fièvres per-*

peuvent encore se montrer dans les affections où la fièvre ne joue pas le principal rôle, dans certains cas de typhus ambulatorius (Vallin), preuve manifeste qu'elles ne sont pas dues à la combustion fébrile, à l'élévation de la température, comme le pensait Liebermeister, et qu'elles sont plutôt tributaires de l'adultération sanguine.

A la fin des fièvres graves, Schottin avait déjà remarqué, dans les muscles, les exsudats et les urines, l'accumulation de créatinine et de créatine qui, ainsi qu'on le sait, sont les résultats de la destruction moléculaire du tissu musculaire (1).

Mais, dans le cours des maladies, ces myopathies multiples rendent compte déjà de symptômes importants.

C'est ainsi que l'accablement, la fatigue, la sensation énorme de courbature, de brisure des membres marquant le début de la dothiénentérie, et qui ont été attribués à des troubles d'innervation, pourraient bien être déjà les symptômes premiers d'une lésion musculaire dont l'apparition est si précoce (Zenker). Puis, à la même cause se rattache l'endolorissement des masses musculaires au niveau des adducteurs de la cuisse et des grands droits de l'abdomen, endolorissement qu'il importe de ne pas confondre avec la douleur plus profonde de la région iléo-cœcale (Griesinger, Zenker). De même aussi, faut-il prendre garde de regarder toujours avec Fritz, comme des symptômes spinaux, toutes les douleurs qui siégent dans la région de la colonne vertébrale, et qui ne sont souvent autre chose que de simples douleurs se passant dans la profondeur des muscles altérés ; et, pour ne parler toujours que de la fièvre typhoïde, à côté des vraies paralysies dues à des lésions du système nerveux n'existe-t-il pas des *pseudo-paralysies* dues aux lésions du système musculaire? parfois même certaines contractures sont dues à la même cause, parfois aussi certaines luxations spontanées (*luxations myopathiques* de Friedberg) qui seraient provoquées par l'altération profonde des muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale.

Les hémorrhagies intra-musculaires n'ont pas non plus d'autre origine.

Lorsque l'altération musculaire atteint profondément les muscles pectoraux et intercostaux, le diaphragme, elle explique d'après Laveran, qui a cité deux observations concluantes à cet égard avec autopsies, les symptômes dyspnéiques qui surviennent en dehors de toute complication appréciable du cœur ou des poumons, de même qu'elle peut contribuer pour sa part à favoriser l'hypostase (Laveran).

Enfin, dans certains cas d'aphonie qui ne se traduit pendant la vie à l'examen laryngoscopique par aucune lésion appréciable, ou après la mort par aucune altération de la muqueuse, n'est-il pas évident que la dégénérescence des muscles à pu jouer un certain rôle?

Toujours est-il que l'altération musculaire n'est pas absolument silencieuse ; elle a son retentissement du côté des différents organes, elle possède une symptomatologie propre, et son histoire vient grossir le chapitre des complications. Si nous avons insisté sur ces phénomènes, c'est pour montrer que le cœur, — dont la contractilité est si importante pour l'intégrité de la circulation centrale ou périphérique que Stokes a pu avec raison la regarder comme la « clef de la pathologie cardiaque », — doit aussi traduire sa souffrance par des accidents et des symptômes particuliers.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

nicieuses, par Vallin ; — 4° dans le rhumatisme, *in* thèse inaug., 1875, *Sur une cause de mort subite dans le rhumatisme articulaire chronique*, par Chopy ; — 5° dans la puerpéralité, *in* thèse inaug., 1876, *Sur la myocardite puerpérale comme cause la plus fréquente de morts subites après l'accouchement*, par Maurice Coste ; — 6° dans le scorbut : voyez *Une épidémie de scorbut*, par Leven, 1872, etc.

(1) Schottin. *Arch. der Heilk*, 1860.

THÉRAPEUTIQUE

MIGRAINE HÉRÉDITAIRE ET CONSTITUTIONNELLE DATANT DE PLUS DE TRENTE ANS, COMPLIQUÉE DEPUIS DEUX ANS DE GASTRALGIE REBELLE; TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE; GUÉRISON.

Monsieur le directeur et très-honoré confrère,

Témoin, dans ma famille, d'un fait remarquable de guérison d'une migraine invétérée par l'électrothérapie, je viens réclamer la publicité de votre estimable journal pour cette observation, qui me semble mériter l'attention des praticiens.

Agréez, je vous prie, etc. D[r] HACHE,

Ancien chirurgien en chef de l'hôpital d'Étampes.

M. X..., né d'un père goutteux et d'une mère gastralgique, a souffert pendant l'enfance d'une grande irritabilité gastro-intestinale. Toutefois, grâce à un régime soutenu et à une bonne hygiène, il a acquis une santé robuste et une constitution bien équilibrée.

Mais, dès ses plus jeunes années, il a été affecté de migraines qui ont fait le tourment de sa vie.

Les accès, extrêmement douloureux, presque toujours liés à un trouble digestif, accompagnés de vomissements alimentaires ou bilieux, duraient de douze heures à deux jours. Ils se répétaient presque chaque semaine sous des influences très-diverses, modification de régime, changement d'heure des repas, refroidissement, émotions morales, etc., etc... Néanmoins, le repos de l'esprit, l'habitation à la campagne, les voyages, le séjour au bord de la mer, atténuaient constamment les accès et les éloignaient pendant quelques semaines.

Telle fut la situation de M. X... jusqu'à l'âge de 45 ans. Attaché à une importante affaire financière qui exige un travail assidu et entraîne une grande responsabilité, il a dû déployer beaucoup d'énergie morale pour lutter contre ses crises névralgiques toutes les fois qu'il n'a pas pu se soustraire à ses occupations. Heureusement, les grands exercices, l'escrime, la chasse, l'équitation, qui occupaient ses loisirs, ont développé sa vigueur musculaire et neutralisé la prédominance névropathique.

En 1867, aux souffrances habituelles s'étaient joints un rhumatisme vague, de fréquentes éruptions furonculeuses et une pharyngite granuleuse opiniâtre. Je conseillai alors les eaux d'Aix-les-Bains. Ce traitement, auquel on revint à deux reprises (en 1874 et 1875), exerça à chaque fois une influence favorable sur les affections secondaires, mais la migraine habituelle n'en fut nullement modifiée; elle se compliqua même, dans les deux dernières années, d'une gastralgie acide, rebelle à tous les calmants, qui exigeait l'usage continu des eaux gazeuses alcalines et du charbon, en même temps qu'un régime exclusivement animalisé.

C'est en octobre 1875, trois mois après la dernière saison d'Aix-les-Bains, que le docteur Arthuis fut consulté. Après avoir atténué les symptômes gastralgiques par l'usage du vin de pepsine, il proposa pour traitement général l'emploi de l'électricité *statique,* qui est depuis plus de huit ans l'objet spécial de ses études.

M. X... se soumit à vingt-cinq séances quotidiennes d'électrisation (de quinze minutes); puis, pendant trois semaines, les séances n'eurent lieu qu'à deux jours et enfin à trois jours d'intervalle.

Le nombre total des électrisations fut de 40.

Après la quinzième séance, une migraine des plus violentes se manifesta, mais ce fut la dernière..... En même temps que l'hémicrânie, les symptômes gastriques cessèrent progressivement, et tous les aliments furent dès lors également bien supportés. Quelquefois encore, à de longs intervalles, il se manifeste un point douloureux limité à une surface étroite du crâne; mais la souffrance, très-passagère, est rapidement modérée par des topiques calmants, et ne s'accompagne d'aucun trouble des fonctions digestives.

J'ajouterai pour mémoire que la goutte, héréditaire dans la famille, qui ne s'était montrée chez M. X... qu'une fois en 1871, au point d'élection, a fait une seconde apparition au printemps dernier, avec une intensité moyenne, et sans s'étendre au delà des articulations du pied.

Il y a presque deux ans que le traitement a été mis en usage, et son bénéfice demeure entier, bien que M. X... ait été soumis depuis cette époque à un surcroît de travail, et que les émotions morales ne lui aient pas été épargnées.

CONCLUSION. — Il est donc permis de regarder la guérison de sa double affection comme définitive, et d'en faire hommage à l'*électricité statique* dont le docteur

Arthuis a déjà fait à la thérapeutique tant d'heureuses applications. L'apparition de la goutte, quinze mois après la guérison de la migraine, ne nous semble ici qu'une simple coïncidence.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des demandes en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, diverses sources d'eaux minérales.

2° Les rapports généraux de MM. les médecins-inspecteurs des eaux de Royat, pour l'année 1875, de Vic-sur-Cère pour l'année 1876. (Com. des eaux minérales.)

—

La correspondance non officielle comprend une lettre adressée par M. Laboulbène à l'occasion de l'intéressante communication de M. Rochard sur le *Ténia inerme.*

L'auteur de la lettre fait part à l'Académie de quelques autres faits relatifs à la géographie médicale et à la provenance de ce ver cestoïde.

M. Davaine a reçu plusieurs observations, avec pièces à l'appui, prouvant la fréquence dans nos possessions algériennes du *Tænia inermis*, si bizarrement appelé *Tænia mediocanellata* par Küchenmeister.

Un médecin de l'hôpital Saint-Louis, M. Émile Vidal, a été lui-même atteint, en Algérie, de cet helminthe.

M. Laboulbène a débarrassé de trois Ténias inermes, un malade de l'hôpital Necker, ayant très-longtemps séjourné à Alexandrie et au Caire. Les vers dont cet homme avait été atteint en Égypte ont été rendus en une seule fois et aussitôt après son retour. Le malade, qui était cuisinier, n'avait rien éprouvé antérieurement en France, ni aperçu aucun cucurbitin.

Le Ténia inerme, qui provient d'un Cysticerque du bœuf, paraît, comme le dit M. Jules Rochard, prédominer en Algérie, en Égypte et en Syrie, à l'exclusion du *Tænia solium* ou Ténia armé, qui provient du Cysticerque ladrique du porc.

Le Cysticerque du porc ladre, appelé *Cysticercus cellulosæ* par Rudolphi, est bien décrit, tandis que le Cysticerque du bœuf produisant le Ténia inerme est moins bien connu.

Le bœuf a au moins deux Cysticerques, l'un pourvu de crochets (*Cysticercus tenuicollia* Rudolphi), qui se transforme en *Tænia marginata,* et l'autre, *Cysticercus inermis,* qui produit le Ténia inerme. Ces deux Cysticerques ont été souvent confondus.

Le Cysticerque inerme a été vu expérimentalement par MM. Leuckart, Masse et Pourquier, etc., ou directement par MM. Cauvet, Jules Arnould, Talairach.

Mais les caractères zoologiques de ce *Cysticerque inerme* n'ont pas encore été rigoureusement déterminés. C'est dans ce but que M. Laboulbène a entrepris avec M. Raynal (d'Alfort) des recherches dont ils soumettront les résultats à l'Académie.

—

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Sée communique un document lu au dernier Congrès de l'Association médicale britannique, à Manchester, par le docteur E. Jacob, de Leeds. Il résulte de ce document que le docteur Jacob a traité, à l'hôpital de Leeds, une centaine de cas de rhumatisme articulaire par l'acide salicylique et les salicylates, avec des résultats satisfaisants, et que, dans ce grand nombre d'observations, les complications cardiaques ont été très-rares.

M. Sée ajoute que le docteur Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants, a traité par le salicylate de soude, dans cet hôpital, un certain nombre d'enfants atteints de rhumatisme. Les petits malades ont été généralement guéris avec une rapidité merveilleuse dans le court espace de 1 à 3 jours, et il a paru à M. Archambault que les complications cardiaques ont été plus rares chez eux que dans les cas traités par les autres méthodes, bien que le médicament leur ait été donné à la dose relativement considérable de 5 à 6 grammes par jour.

M. Sée termine sa communication en disant qu'il a eu connaissance d'un certain nombre de cas d'accidents graves observés chez des individus qui s'étaient traités par des préparations salicylées qui leur avaient été délivrées par les pharmaciens sans ordonnance de médecins. Il pense que, dans ces cas, les prescriptions de la loi ont été violées par les pharmaciens, qui ne doivent pas livrer sans ordonnance des médicaments doués d'une grande activité.

M. Jules Guérin rappelle que, dans la dernière séance, M. Sée lui a reproché, en quelque sorte, d'avoir tenu cachée dans ses cartons sa méthode de traitement des arthrites rhumatismales ou goutteuses par les onctions stibio-dermiques. M. Jules Guérin croit donc devoir placer sous les yeux de l'Académie un document qui date déjà de 1851, et dans lequel il a fait connaître sa méthode. Ce document est un mémoire intitulé : *Essai sur la méthode stibio-dermique,* lu à l'Académie de Belgique dans la séance du 26 juillet 1851.

M. Jules Guérin ajoute que cette méthode a été appliquée, avec un succès complet, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, par les docteurs Abeille et Tholozan, dans une cinquantaine de cas.

Cette méthode est une extension de la doctrine rasorienne sur l'action dynamique du tartre stibié à haute dose; seulement, dans les procédés de la méthode stibio-dermique, l'action dynamique est obtenue par la simple application locale du médicament, application qui ne produit d'ailleurs ni inflammation ni pustulation.

—

M. Le Roy de Méricourt présente, au nom de M. le docteur Rochefort, médecin de la marine, une brochure intitulée : *L'expédition arctique anglaise et le scorbut.*

—

M. Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce, candidat pour la section d'hygiène, lit un très-intéressant travail intitulé : *La fièvre typhoïde dans l'armée.* Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Si le soldat est atteint de fièvre typhoïde plus souvent que l'habitant des villes où il est en garnison, l'on n'est pas autorisé, dans la majorité des cas, à considérer cette fréquence relative du mal comme le résultat de foyers morbifiques d'une intensité spéciale engendrés par le milieu militaire lui-même.

2° La prédominance de la fièvre typhoïde dans l'armée dépend surtout du degré de réceptivité propre aux agglomérations d'hommes jeunes, robustes, non accoutumés au séjour des grandes villes. Retranchez de la population d'une petite localité les enfants, les vieillards, les cachectiques, les personnes, en un mot, qui, par âge ou par santé, sont relativement moins susceptibles à l'affection, vous augmenterez évidemment les chances d'atteinte de ceux qui constituent le noyau de cette sélection.

Ces chances arriveront à leur *maximum* si l'on soumet cette population ainsi réduite aux influences de la vie en commun et de la résidence dans une grande ville.

3° L'accroissement actuel de la mortalité de l'armée française par fièvre typhoïde est le résultat non pas d'une augmentation d'insalubrité du milieu militaire, mais d'une proportion aujourd'hui plus considérable de jeunes soldats spécialement enclins à cette affection.

Supposez que le nombre des enfants de troupe soit notablement augmenté, sans doute on constatera dans la statistique médicale de l'armée une fréquence plus considérable des affections propres à l'enfance : croup, diphthérie, coqueluche, sans être néanmoins autorisé à considérer l'installation des casernes comme plus favorables qu'auparavant à la genèse de ces maladies.

D'ailleurs, si la fièvre typhoïde trouve des conditions de développement plus facile dans notre armée actuelle parce que cette armée est plus jeune, on a chance de voir diminuer d'autant le nombre des affections spécialement propres aux anciens soldats. La statistique démontre, en effet, une diminution marquée de la mortalité par la phthisie pulmonaire, cette autre affection dominante dans une garnison, diminution largement compensatrice, car, en somme, la mortalité totale de l'armée (par toutes causes réunies) continue à décroître d'année en année.

4° Si l'armée française a été considérée comme particulièrement sujette à la fièvre typhoïde, cette opinion indique la lenteur de la diffusion des découvertes de l'Ecole de Paris qui, la première, en a démontré les caractères anatomiques et cliniques.

5° La multiplicité des influences typhoïgènes, leur accumulation dans les épidémies à évolution rapide et à mortalité considérable, leur dissociation et leur atténuation dans les régiments soustraits au milieu morbifique, semblent indiquer que la cause de la maladie est elle-même inconsistante, décomposable, et ne se résume point en un agent unique, préformé, offrant les attributs des causes exclusives et spécifiques.

6° L'immunité relative des armées en campagne démontre que l'extrême réceptivité du soldat ne suffit pas à la création spontanée de la maladie dont certaines émanations morbifiques, résumées dans l'atmosphère des grandes villes, paraissent la cause la plus efficace.

7° Les résultats obtenus dans l'armée par l'évacuation des foyers épidémiques pourraient devenir le point de départ de mesures analogues pour la population civile.

Rien n'est plus lamentable que ces relations d'épidémies limitées à une ferme, à un

hameau, sans que l'on ait songé à soustraire par avance les victimes à l'influence d'un milieu meurtrier.

Il y a quatre ans, je communiquais à l'Académie un travail prouvant l'innocuité de la réunion des varioleux en nombre exceptionnellement considérable, travail basé sur l'agglomération, à l'hôpital de Bicêtre, de près de 8,000 soldats atteints de cette affection, et je concluais à l'inanité des dangers reprochés à la concentration des malades dans un même établissement. Cette communication a fourni un argument plus en faveur de la création d'hôpitaux spéciaux pour les varioleux. Pour la fièvre typhoïde, je plaiderais volontiers la cause opposée; et si je termine encore en invoquant l'exemple de l'armée en faveur de la population civile, c'est pour réclamer la réalisation d'une mesure d'un tout autre genre, ayant un caractère plutôt libéral que restrictif, et méritant un des premiers rangs parmi les mesures sanitaires : *l'évacuation du milieu typhoïgène.* »

(Ce travail est renvoyé à la section constituée en commission d'élection.)

—

M. Guéniot lit un travail sur un *Procédé de version applicable aux cas difficiles*, procédé que l'auteur désigne sous le nom de procédé *ano-pelvien.*

D'après M. Guéniot, il ne manque pas de circonstances où l'accoucheur, quoique pénétré des difficultés et des dangers que présentera la version, se voit cependant contraint de recourir à cette opération.

Le cas le plus commun, sans aucun doute, est celui d'une présentation du tronc avec complication de tétanos utérin, lorsque la dérotomie et l'éviscération du fœtus ont été jugées impraticables ou reconnues inefficaces. En de telles conditions, l'emploi du procédé ano-pelvien se trouve parfaitement indiqué.

Ce procédé consiste essentiellement, dit l'auteur :

1° A s'aider du poids du corps pour faire pénétrer la main, sans fatigue, jusque vers le fond de la cavité utérine;

2° A prendre comme point d'appui, pour les tractions à exercer sur le fœtus, l'arcade pubienne ou la pointe sacro-coccygienne, à l'aide d'un doigt courbé en crochet dans le rectum;

3° Enfin, à suivre, quant au reste de la manœuvre, les règles ordinaires de la version podalique.

D'après cette manière de faire, après avoir introduit sa main dans le vagin, l'accoucheur avance le tronc jusqu'au contact du coude qui opère; puis, il appuie du corps, avec plus ou moins de force, sur la saillie de l'olécrâne et sur la face postérieure du bras. L'avant-bras, ainsi poussé au gré de l'opérateur, porte en quelque sorte mécaniquement la main dans l'utérus et la fait cheminer, presque sans fatigue, à la recherche du siége. Dès que celui-ci est trouvé, — ce qui d'ordinaire est beaucoup plus facile que d'atteindre un pied ou un jarret, — on introduit un doigt dans le rectum, et, à l'aide de ce doigt courbé en crochet, on tire avec continuité soit sur les pubis, soit sur le sacrum, de manière à entraîner le bassin de l'enfant jusque dans l'excavation.

Sans parler du poids du tronc, que l'opérateur met à profit pour la recherche des parties fœtales, les avantages du procédé ano-pelvien peuvent se résumer ainsi :

1° Le bassin du fœtus est généralement plus facile à trouver que les pieds ;

2° La prise que fournit au doigt l'arcade pubienne ou la pointe du sacrum est des plus solides, et ne prête en rien au glissement ;

3° Les tractions étant directes, la force dépensée se trouve entièrement utilisée ;

4° Quel que soit le sens des tractions, vers la région dorsale ou abdominale du fœtus, l'évolution de ce dernier peut être effectuée ;

5° Enfin lorsque, par le procédé podalique, l'opérateur a échoué, le procédé ano-pelvien lui permet encore de mener à bien la version commencée.

M. Guéniot, qui, depuis une dizaine d'années, emploie cette pratique, ajoute, en terminant, que son travail est le premier sur la matière, mais que certains accoucheurs, sans y attacher l'importance qu'elles méritent, avaient eu déjà recours accidentellement aux tractions directes sur le siége.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juillet 1877. — Présidence de M. Labric, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Présentations. — Note sur un cas de *kyste hydatique du foie, terminé par rupture dans l'estomac, et guérison*, par M. Gérin-Roze. — Observation d'un cas d'*anévrysme de l'aorte thoracique traité par l'électro-puncture*, par M. Beaumetz. Discussion : MM. La-

boulbène, Beaumetz. — Trois communications relatives à *certains points de pathologie cérébrale*, par M. Luys. Discussion : MM. C. Paul, Luys. — Présentation d'instrument pour pratiquer l'opération de l'empyème.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Bulletin* de la Société de médecine légale de France. — *Bulletin* de l'Académie royale de médecine de Belgique. — *Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.* — *Gazette médicale de Bordeaux.* — Programme et règlement du Congrès périodique international des sciences médicales, cinquième session. — *Revue critique de médecine et de chirurgie pratiques.* — *Vade mecum du médecin praticien,* par le docteur Du Vivier, de Liége. — *Revue médicale de Toulouse.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Marseille médical.* — *L'Année médicale.* — *Journal de thérapeutique* de M. Gubler. — *Bulletins* de la Société anatomique. — *Bases et organisation d'une Société de médecine pratique et d'hygiène professionnelle,* par le docteur Lacassagne. — *De l'emploi des eaux minérales dans le traitement des affections catarrhales des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme,* par le docteur Champouillon. — *Étiologie et pathogénie de la fièvre typhoïde,* par M. Chauffard.

La correspondance écrite comprend des lettres de MM. Legroux, Rendu et Gouraud, qui remercient la Société de les avoir nommés membres titulaires.

—

M. Cadet de Gassicourt offre à la Société, au nom de Mme veuve Isambert, une œuvre posthume de son mari. « Cet ouvrage, dit M. Cadet de Gassicourt, a pour titre : *Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies.* C'est un recueil de leçons faites à l'hôpital Lariboisière par Isambert, et de quelques mémoires publiés dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* L'ouvrage que nous présentons aujourd'hui est évidemment incomplet, si on le compare au plan très-complet qu'avait tracé Isambert lui-même ; mais, si on le considère en lui-même, on y trouve, dans un nombre de pages relativement restreint, tout ce que nous savons actuellement sur les maladies du larynx, et avec un accent personnel qui donne à ces pages une saveur spéciale. Je suis persuadé que tous les lecteurs de cet ouvrage y trouveront d'utiles enseignements. »

M. Bergeron présente à la Société le recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique en France, t. VI.

—

M. Gérin-Rozé communique à la Société une observation de kyste hydatique du foie terminé par rupture dans l'estomac, et guéri. (Sera publiée.)

M. Beaumetz fait une communication sur un cas d'anévrysme de l'aorte thoracique traité par l'électro-puncture. (Sera publiée.)

M. Laboulbène : Pourquoi employer l'acier, qui s'oxyde, et non pas l'or ou le platine, qui ne s'oxydent pas ?

M. Beaumetz : Nous avons employé des aiguilles d'acier souples, se courbant, par conséquent, et ne cassant pas. Ces aiguilles d'acier nous paraissent d'ailleurs préférables en raison même de leur oxydation facile qui leur permet d'agir sur le sang de la poche comme agirait le perchlorure de fer, en en facilitant la coagulation.

—

M. Luys fait à la Société les trois communications suivantes relatives à certains points de la pathologie cérébrale :

I. — Il présente le cerveau d'une femme de 40 ans, morte dans son service, ayant été passagèrement aphasique et ayant récupéré la faculté de parler. Cette malade, dont l'observation a été présentée l'an dernier à la Société de biologie, fut atteinte, à l'âge de 32 ans, d'hémiplégie droite avec aphasie. Au bout d'une période d'environ quinze à dix-huit mois, au dire de la malade, elle récupéra la faculté du langage, et pendant tout le temps qu'elle fut dans le service elle put donner des réponses correctes à toutes les questions qu'on lui posait. Elle succomba aux progrès rapides d'une paralysie des bronches avec engouement pulmonaire.

A l'autopsie, on constata une diminution très-notable du volume du lobe cérébral gauche. La troisième circonvolution frontale était complétement détruite, réduite à l'état de moignon, ainsi que les plis de l'insula. Le corps strié paraissait aussi presque complétement effacé. Le lobe droit, inversement, était très-notablement augmenté de volume, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce présentée, et cette augmentation de volume portait surtout sur la région frontale, et, en particulier, sur la troisième circonvolution frontale droite.

D'après l'examen de la pièce présentée, M. Luys est porté à penser qu'il s'est fait dans ce

cas une véritable suppléance cérébrale, l'influence du lobe droit se substituant à l'influence absente du lobe gauche. Il est, en effet, vraisemblable de supposer que, à l'état normal, si c'est avec le lobe gauche que la faculté du langage s'exprime, il peut se faire qu'à un moment donné la suppléance puisse s'opérer à l'aide des régions homologues de l'hémisphère du côté opposé demeuré indemne. La substitution d'influx, en effet, paraît admissible pour la faculté du langage, car, ainsi que le fait remarquer M. Luys, si à l'état normal la motricité de notre membre supérieur et de notre membre inférieur est complétement indépendante à gauche et à droite pour chacun de ces membres, il n'en est pas de même pour la motricité des appareils musculaires qui concourent aux opérations phono-motrices. Pour les muscles du larynx, en effet, pour ceux du pharynx, des joues, l'indépendance unilatérale n'existe pas, ils sont conjugués, ceux du côté gauche avec ceux du côté droit, et comme, à l'état normal, dans l'acte de l'émission des sons articulés, ils ne reçoivent en grande partie leur influence excito-motrice que d'un seul lobe cérébral, qui suffit seul à l'innervation bilatérale ; on comprend ainsi comme quoi, dans certains cas pathologiques, un foyer d'innervation moteur puisse se substituer au foyer naturel qui vient de s'éteindre, et la fonction phono-motrice se continuer par le fait de la mise en activité d'un foyer d'action nerveuse normalement silencieux. C'est ainsi qu'il est vraisemblable que cette femme qui, à un moment donné, parlait avec son cerveau gauche, a pu, après son attaque, émettre des sons articulés à l'aide de son cerveau droit. C'est ainsi que la faculté du langage a pu réapparaître après une disparition de quinze à dix-huit mois, d'une façon assez rapide au dire de la malade, et persister régulièrement pendant huit ans jusqu'au moment de sa mort.

II. — La seconde pièce est le cerveau d'un amputé de la cuisse, qui présente une atrophie localisée au niveau de la deuxième circonvolution frontale du côté opposé au membre amputé.
Il s'agit, en effet, d'un vieillard qui, à l'âge de 25 ans, a subi l'amputation de la cuisse au tiers supérieur, et qui pendant toute sa vie a marché à l'aide d'un appareil prenant son point d'appui sur le bassin, sans mettre en mouvement le moignon fémoral. Le cerveau présenté offre une inégalité très-notable des deux lobes. L'amputation ayant eu lieu à gauche, c'est le lobe droit qui est le moins volumineux. Le foyer atrophique, correspondant vraisemblablement au centre psycho-moteur de la cuisse, est représenté par une dépression linéaire avec interruption très-nette de la continuité de la deuxième circonvolution frontale droite. En ce point, il y avait un épanchement notable de sérosité formant un petit lac séreux sous-méningé.

Les autres régions corticales ne présentaient pas de déformation importante à noter.

III. — La troisième communication de M. Luys est relative à la non-existence de cette forme spéciale de tremblement que l'on désigne ordinairement, dans tous les traités nosographiques, sous la dénomination de tremblement sénile. Depuis, en effet, plus de dix ans, dit-il, qu'il est à même d'observer les faits qui intéressent la pathologie sénile dans les services de Bicêtre aussi bien que de la Salpêtrière, il n'a jamais constaté que les individus âgés et sains eussent du tremblement. Déjà depuis plusieurs années ce fait a été pour lui l'objet de recherches spéciales qu'il n'a pas consignées, il est vrai, dans des articles de journaux, mais qu'il a exposés aux élèves qui suivaient sa visite ; et il a fait voir ainsi que chez tous les vieillards qui sont bien portants la sénilité n'entraîne pas fatalement avec elle le tremblement. Il a eu entre autres une femme de 99 ans, bien portante, ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de ses fonctions intellectuelles, et chez laquelle n'existait aucun tremblement. Il rattache les tremblements partiels qui existent dans certains cas dans les muscles des mains, dans les muscles du cou, à des formes incomplètes de paralysie agitante, et à des scléroses localisées dans certains points de la protubérance et du bulbe.

M. C. Paul : Il ne faudrait pas croire que les crânes et les cerveaux qu'ils contiennent soient toujours symétriques. Le défaut de symétrie est, au contraire, très-commun. Je m'en suis assuré bien souvent à Bicêtre, en faisant des coupes spéciales du crâne ; je m'en suis assuré encore en étudiant les formes obtenues par le *conformateur* des chapeliers. Presque toujours le front fait saillie d'un côté et l'occiput du côté opposé, par une sorte de compensation très-remarquable à étudier.

M. Luys : Ce que dit M. Paul est parfaitement exact, et je m'en suis assuré de mon côté aussi en examinant l'instrument dont se servent les chapeliers. Cette asymétrie s'observe donc fréquemment, et je n'ai pas remarqué, plus que M. Paul, que cette asymétrie fût accompagnée d'épilepsie. J'ai cherché souvent la symétrie en me servant d'une feuille de papier à calquer que j'appliquais sur une coupe horizontale du cerveau, et que je pliais ensuite en deux ; jamais je n'ai obtenu une superposition parfaite de ces deux moitiés.

M. C. Paul : Dans le cas d'atrophie, quand les circonvolutions sont restées au contact des

parois crâniennes, sans hydropisie interposée, M. Luys n'a-t-il pas observé une dilatation des ventricules cérébraux ?

M. Luys : Cette dilatation existe, en effet, dans certains cas, dans la paralysie générale progressive par exemple. Chez les vieillards, on constate de l'atrophie cérébrale ; et si le vieillard tremble, c'est en raison de la sclérose qui envahit son cerveau. J'ai vu une femme de 99 ans qui ne tremblait pas ; or, elle n'avait pas de sclérose cérébrale.

—

M. Dieulafoy présente, au nom de M. Vergely, de Bordeaux, un instrument destiné à pratiquer l'opération de l'empyème.

C'est une sorte de couteau au dos duquel existe une canule élastique faisant ressort, et capable de recevoir des troquarts de diamètres différents. Le tranchant du couteau est disposé obliquement, comme l'est celui d'une guillotine.

Pour s'en servir, on adapte la canule de l'instrument au trocart préalablement introduit dans la poitrine, et servant de conducteur. On pousse le couteau, qui traverse la paroi intercostale et se trouve arrêté ensuite à l'aide d'un cran d'arrêt. Après une première section, on retire le couteau, qu'on tourne du côté opposé pour recommencer une incision semblable.

M. Moutard-Martin : Je ferai tout d'abord un reproche à cet instrument, c'est celui de produire une incision qui sera forcément plus longue vers la plèvre qu'à la peau, en raison de l'élasticité de cette dernière et de sa résistance à se laisser inciser. La peau s'éloignera, en effet, devant le tranchant, dans une certaine mesure, puis elle reviendra sur elle-même, et rétrécira d'autant l'ouverture extérieure. Or, nous savons que, pour éviter les fusées de pus et les décollements, il faut que cette ouverture extérieure dépasse l'ouverture pleurale de 2 à 3 centimètres.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

FORMULAIRE

—

Vin contre la ménorrhagie. — Delioux.

Racine de bistorte pulvérisée.	15	grammes.
Écorce de racine de ratanhia pulv. . . .	15	—
Cannelle pulvérisée.	10	—
Vin rouge du Midi.	1000	—

Préparez par digestion au bain-marie.

Dose de 60 à 150 grammes par jour, contre la ménorrhagie ; — repos dans la position horizontale. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 4 Octobre 1848.

—

Les élèves en médecine perdent, dans la personne de Broc, un professeur libre d'une habileté et d'une originalité singulières. Nous l'avons souvent entendu dans ses leçons sur l'anatomie, où, pour expliquer les grandes fonctions de l'économie animale, il employait des comparaisons saisissantes, tirées du fonctionnement d'une grande ville, d'un grand atelier, etc. — A. Ch.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République en date du 1er octobre 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et d'après l'avis conforme du Conseil de l'ordre, ont été nommés chevaliers dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

M. le docteur Piotay, membre du Conseil général de la Dordogne ; conseiller général depuis 1865 : ancien maire de Mussidan ; a contribué puissamment aux travaux d'assainissement de la Double. Services exceptionnels.

M. le docteur Duprada, adjoint au maire de La Réole (Gironde) ; adjoint au maire de 1865 à 1869 et depuis 1874, maire de 1869 à 1870 ; ancien chirurgien de la marine, médecin de la gendarmerie et de la prison depuis huit ans, médecin de l'hospice depuis vingt ans.

M. le docteur de Lonjon (Alexandre-Jules), médecin en chef de l'hôpital et de la prison de Tours ; 32 ans de services. S'est distingué dans les ambulances à l'époque de la guerre.

M. le docteur Briand (Pierre), maire de Genac (Charente); 40 ans de services municipaux.

M. le docteur Million (Prosper), médecin de la manufacture d'armes de Saint-Étienne (Loire); 25 ans de services comme médecin de l'Hôtel-Dieu, de la Charité et de la manufacture d'armes; membre du Conseil d'hygiène et du bureau de bienfaisance. S'est distingué pendant la guerre de 1870-1871, en organisant un service d'ambulances et en soignant avec un rare dévouement les soldats atteints de la variole.

M. le docteur Monteils (Amédée-Jean-Baptiste-Marc), médecin en chef de l'hospice de Mende, membre du Conseil général de la Lozère; membre et secrétaire de la commission départementale, conseiller municipal, membre de plusieurs Sociétés médicales et du Conseil départemental de l'instruction publique, président de la Société d'agriculture et vice-président du Conseil d'hygiène, etc.; 33 ans de services gratuits.

M. le docteur Loydreau, maire de Chagny (Saône-et-Loire), médecin en chef depuis 1850, élu au Conseil municipal en 1852, maire depuis 1860, ancien adjoint, ancien capitaine de sapeurs-pompiers, délégué cantonal pour l'instruction primaire, inspecteur du travail des enfants dans les manufactures, a fait preuve pendant la guerre de 1870, d'un dévouement exceptionnel; 27 ans de services, dont 17 comme maire.

— Par décret du Président de la République, en date du 2 octobre 1877, rendu sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce, et d'après l'avis conforme du Conseil de l'ordre, a été nommé au grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur : M. Luiggi (Jean), docteur en médecine à Blandy (Seine-et-Marne); plus de 20 ans d'exercice de la médecine, services exceptionnels pendant diverses épidémies, a obtenu cinq médailles pour le service de la vaccine.

Nécrologie. — L'un des doyens, sinon le doyen, du Corps médical de la Gironde vient de s'éteindre à Paris, après dix mois de cruelles souffrances. Le docteur Broca, plus qu'octogénaire, avait exercé la médecine et la chirurgie avec distinction et dévouement, et pendant de longues années, à Sainte-Foy. Retiré près de son fils, professeur à la Faculté de Paris, il avait conservé jusqu'au bout l'intégrité de ses facultés, et toute la génération médicale actuelle a pu voir cet aimable vieillard, doué de la vivacité la plus méridionale, suivre assidûment les cliniques de son fils, l'assister même dans ses opérations, et se mêler chaque jour aux élèves, en leur racontant, avec entrain, les faits de sa longue expérience.

Les médecins girondins, parmi lesquels le professeur P. Broca compte tant d'amis dévoués, partageront tous, bien certainement, le deuil qui frappe notre éminent compatriote et sa famille. (*Gironde.*)

Les souris et la graine de cigue. — M. Hœckel a déjà vérifié l'immunité des lapins pour la belladone. Il a fait ensuite de très-curieuses expériences sur l'innocuité de toutes les solanées en général sur les rongeurs et les marsupiaux. Depuis longtemps, le docteur Battandier avait vu, dans les pharmacies, la graine de ciguë être mangée par les souris sans jamais en trouver de mortes. Il a, dans ces derniers temps, pu nourrir deux souris, pendant huit jours, avec de la graine de ciguë. Elles ont mangé d'abord avec répugnance. Elles ont même, comme dans les expériences de M. Hœckel, paru souffrir de ce régime. Au bout de huit jours, l'une des souris lui parut fort malade, l'autre se portait toujours bien. Le lendemain, il a trouvé la souris malade à demi mangée par l'autre qui a continué à se très-bien porter, et qu'il a rendue à la liberté quelques jours après. Mais pendant huit jours ces animaux ont pu manger des doses de graine de ciguë qui eussent été mortelles pour un homme. (*Alger médical.*)

Cours d'anatomie et dissections. — M. le docteur Fort recommencera ses cours le lundi 29 octobre, à l'École pratique. Les dissections commenceront le 22 octobre. — On s'inscrit le matin, 21, rue Jacob.

État sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 27 septembre 1877, on a constaté 844 décès, savoir :

Variole, 2 décès; — rougeole, 11; — scarlatine, 3; — fièvre typhoïde, 38; — érysipèle, 5; — bronchite aiguë, 28; — pneumonie, 45; — dysenterie, 1; — diarrhée cholériforme des enfants, 18; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 15; — croup, 10; — affections puerpérales, 1; — affections aiguës, 264; — affections chroniques, 347 (dont 128 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 35; — causes accidentelles, 22.

A Londres, du 16 au 22 septembre 1877, on a noté 1,179 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

2° Second point de notre programme : « *Payer.* »

Ne nous mêlons de ceci, Messieurs, qu'en ce qui a trait exclusivement au but pratique que nous poursuivons. Ne nous en mêlons surtout que pour obtenir ce à quoi nous visons, ce qu'il est utile de réaliser dans l'espèce, à savoir : un *arrangement qui permette de conserver la nourrice*, et cela pour le plus grand bien de l'enfant, comme pour la sauvegarde d'autrui.

Précisons.

Une famille nous demande un conseil, à nous gens habitués par métier à ce genre de tristes situations. Donnons ce conseil, puisque nous y sommes invités, et disons au père de l'enfant : « Payez, Monsieur ; indemnisez la nourrice. Vous n'avez que cela à faire, pour tous les motifs possibles. D'abord, c'est bien le moins d'indemniser les gens à qui on donne la vérole. Si vous étiez aujourd'hui renversé et blessé par une voiture sur la voie publique, vous trouveriez absolument juste et équitable le principe qui obligerait le propriétaire de cette voiture à vous allouer un dédommagement. Eh bien, la situation est la même. Vous avez causé à votre nourrice un dommage réel, *considérable*, plus considérable que vous ne pouvez le supposer, vous étranger à la pathologie de la syphilis. Or, ce dommage, il vous faut le réparer dans la mesure du possible. La loi est là ; lisez l'article 1382.

« En second lieu, puisque vous voulez bien vous en rapporter à mon expérience, je vous conseille de payer tout de suite et de bon gré. Tout de suite et à l'amiable, c'est là le bon parti, croyez-moi. Car, si vous ne payez pas de bon gré actuellement, vous payerez de force plus tard, et ce sera bien plus cher alors, grâce aux tribunaux qui ne rendent pas la justice gratis, grâce aux hommes d'affaires, huissiers, avoués, avocats, dont les exploits ou les paroles sont à prix d'or. Notez d'ailleurs qu'en réglant immédiatement et à huis clos cette légitime indemnité, vous vous épargnerez ce que vous craignez le plus, à savoir : la *publicité*, la publicité sous forme

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 19, 31 mai, 26 juin, 7, 30 août, 4 et 22 septembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

J'admire, sans pouvoir les imiter, ceux qui, avec une assurance étonnante, pronostiquent le résultat des élections prochaines. Ce qui m'empêche de prendre ce rôle de devin ou de prophète, c'est mon expérience, hélas bien longue ! de ce qui se passe si souvent dans les élections académiques. Quoi ! me dis-je, là où il ne s'agit que de supputer les voix de soixante ou de quatre-vingts personnes, il est très-difficile de savoir quel sera le résultat du vote, et l'on trouve aisé de deviner celui de huit à dix millions de Français ! La chose est possible et même facile, j'en conviens, dans quelques circonscriptions électorales, fatalement vouées à certaines opinions politiques. Mais qu'il en soit de même partout, qu'il soit facile de prévoir ce qui va se passer dans les cinq cent trente ou quarante circonscriptions électorales, voilà ce que je comprends peu, malgré les informations *certaines* des journaux des nuances les plus opposées, et qui n'en affirment pas moins les uns et les autres le succès assuré de leurs candidats.

Eh bien, ici du moins, quand il s'agit d'une élection à l'Académie des sciences ou à l'Académie de médecine, il est rare, bien rare, que nous osions annoncer le résultat. Il nous souvient trop bien que, lorsque nous avons eu l'imprudence de le faire, nous nous sommes trompé cinquante fois sur cent. Et dans des circonstances comme celles-ci, pour n'en citer qu'un exemple, dans chacune de nos Académies et concernant des personnages qui ne sont plus de ce monde.

Ainsi, à l'Académie des sciences, Broussais se présentait en concurrence avec Double. Tout

d'assignations, de papiers timbrés, qui, en cas de résistance de votre part, vont pleuvoir chez votre concierge, en exposant *à ciel ouvert* les motifs des poursuites dirigées contre vous; la publicité sous forme de procès, de plaidoiries, d'expertises, de contre-expertises, etc., que les gazettes avides de scandales s'empresseront de reproduire, etc. »

Ici, Messieurs, laissez-moi ouvrir une parenthèse; car, en entendant les derniers mots qui précèdent, quelques-uns d'entre vous, je le soupçonne fort, ont pu croire que j'exagérais, que je chargeais à plaisir une situation déjà fort critique. Il n'en est rien, croyez-le. Loin d'avoir dépassé les bornes de la stricte vérité, je serais plutôt resté en deçà. Et, en effet, pour avoir assisté bien souvent à ces tristes démêlés juridiques, je puis vous affirmer qu'il n'est rien de plus pénible, de plus lamentable, de plus atroce, que la situation d'un père de famille soutenant contre une nourrice un procès de ce genre, que la situation d'un père de famille assiégé de lettres comminatoires, d'assignations, d'exploits, insulté à l'audience, abreuvé de vexations et d'humiliations publiques. Au surplus, permettez-moi de vous citer un exemple pour mieux vous mettre au fait de telles misères, qu'il est utile de connaître à fond pour la pratique. Ceci fixera vos convictions.

Un de mes clients, syphilitique, commet l'imprudence de se marier avant d'avoir subi un traitement suffisant. Quelques années plus tard, il devient père d'un enfant, lequel, six semaines après sa naissance, commence à être affecté d'accidents plus que suspects. Je suis mandé alors, avec un de mes collègues, pour examiner cet enfant, ainsi que la nourrice qui lui donne le sein. Pendant que nous procédons à cet examen, et avant même que le mot de syphilis ait été prononcé, ladite nourrice, devinant ou croyant deviner ce dont il s'agit, éclate en récriminations violentes, fait une scène, et, dans l'espace d'un quart d'heure, quitte la maison. — Deux heures après se présente chez notre client un monsieur qui, se disant homme d'affaires, exhibe une procuration de la nourrice, et réclame au nom de cette femme une indemnité de *vingt mille francs*. Résistance bien naturelle de la part du père, refus d'obtempérer à de telles prétentions. — Puis, le même soir, arrivée d'une assignation en forme, par ministère d'huissier, assignation dont j'ai détaché, pour votre édification, les quelques instructifs passages que voici :

« L'an 187., le 15 juillet, à la requête de la femme N..., pour laquelle domicile est élu en l'étude de Me C..., avoué près le tribunal civil de la Seine, etc....;

---

le monde pariait pour l'illustre auteur des *Phlegmasies chroniques*; ce fut Double qui fut élu.

A l'Académie de médecine, Trousseau se présentait, et avait pour concurrent Gibert. Trousseau était dans tout l'éclat de sa renommée et de son enseignement; Gibert l'emporta sur lui, contrairement à l'attente générale.

Les illusions et les mécomptes des candidats académiques sont passés à l'état de proverbe. Je ne fréquente pas assez les coulisses politiques pour savoir de quel côté se trouveront les illusions et les mécomptes, mais assurément il y en aura.

Les journaux de médecine qui ont reproduit avec commentaires un article de la *Gazette médicale de Bordeaux*, dans lequel l'Association générale était prise à partie à l'occasion de destitutions (?) opérées dans le Corps médical, ne nous ont pas fait l'honneur de reproduire notre réponse. C'est un moyen certain d'avoir raison auprès de leurs lecteurs, en ne leur disant même pas qu'une réponse a été faite à leurs assertions. Mais la *Gazette médicale de Bordeaux* a tenté, elle, une sorte de réponse, qu'elle me permette de le lui faire observer, qui est une réponse à côté. Ce journal, d'ailleurs, nous désarme en nous disant qu'il ne se sent pas libre de nous répondre comme il le voudrait, craignant sans doute de s'aventurer sur un terrain où il ne lui est pas permis d'entrer de par la loi. En insistant, nous aurions donc l'air d'adresser une provocation à notre honorable confrère et sans danger pour nous, car, journal cautionné, nous avons la liberté et le droit de traiter tous les sujets à notre convenance. Que répondrions-nous d'ailleurs à notre confrère? Nous lui demandions de nous signaler les cas de révocation qui avaient excité son courroux; il nous répond : Vous devez les connaître, car tous les journaux les ont publiés. En notre âme et conscience, nous ne connaissons que deux faits de ce genre, l'un, de révocation d'un médecin d'une Compagnie de chemin de fer, et ce cas, nous le répétons, ne peut être imputé qu'à la Compagnie; l'autre, de destitution

J'ai, A. B..., huissier, donné assignation au sieur X..., en son domicile et parlant à une personne à son service ainsi dénommée, à comparaître à huitaine franche, délai de la loi, à l'audience et par devant Messieurs le président et juges composant la première chambre du tribunal civil de la Seine, pour :

Attendu...., Attendu..... (il y en a deux pages dont je vous fais grâce);

Par ces motifs, s'entendre condamner à payer 10,000 francs de dommages-intérêts, pour cause de préjudice causé à la femme N..., *qui se trouve atteinte d'une maladie vénérienne, dite syphilis, après avoir allaité l'enfant du sieur X..., dont le sang était vicié par ladite maladie, ainsi qu'il en sera justifié à l'audience*, etc., etc. »

Et comment cet aimable *factum* arriva-t-il au sieur X...? Discrètement et sous le voile d'un pli cacheté? Pas le moins du monde. Il lui arriva, s'il vous plaît, *tout ouvert*, sans enveloppe, à la façon des papiers timbrés. Il fut déposé, le soir, dans la loge du concierge, où naturellement il trouva force lecteurs — comme cela fut établi plus tard, — où il fit la joie des domestiques de la maison et des commères du quartier!

Je vous parlais à l'instant de vexations, d'humiliations publiques. Que pensez-vous de celle-ci comme exemple, Messieurs? Ai-je forcé la note? Ai-je rien exagéré?

Et ne me demandez pas maintenant (car je serais incompétent pour vous répondre) si messieurs les huissiers ont ainsi le droit d'*affirmer la vérole sur papier timbré* et de la rendre publique, alors que nous, médecins, nous serions justement et sévèrement condamnés par les tribunaux pour une indiscrétion cent fois moins grave. S'ils n'ont pas ce droit, toujours est-il qu'ils le prennent, comme vous venez de le voir; et j'imagine aussi qu'ils ne le prennent qu'à bon escient. Le fait est bon à signaler en tout cas, pour protester contre un tel abus et appeler sur ce point une réforme législative, que vous et moi sans doute attendrons bien longtemps.

Mais laissons cela, et revenons à notre sujet dont cette digression nous a écartés.

Je vous disais : On vous demande un conseil pour une question pécuniaire. Donnez le conseil, et donnez-le tel que la situation l'exige. J'ajouterai maintenant : le conseil donné, n'allez pas plus loin. Car vous n'avez pas qualité pour aller plus loin, et vous risqueriez de compromettre inutilement votre caractère dans des débats d'un ordre étranger à votre profession.

---

d'un médecin adjoint d'une eau minérale, et nous ignorons les motifs de cette révocation. Qu'ajoute notre confrère dans sa réponse? « Je persiste à penser, dit-il, que l'Association a le droit et peut-être le devoir d'intervenir dans la circonstance que j'ai signalée. De quelle manière, je ne prétends pas l'indiquer. » Tant pis, aimable *Gazette*. C'est le droit, et peut-être le devoir de la Presse d'indiquer ce qu'il faut faire. Autrement sa critique est stérile et n'aboutit à rien. Eh bien, puisque vous me laissez la liberté d'exercer ce droit et de remplir ce devoir, permettez-moi de vous dire en quatre mots, et en vertu de ma seule qualité de journaliste, ce qu'il y aurait à faire dans les circonstances que vous avez signalées.

A votre place, je m'informerais d'abord de l'authenticité, du nombre, de la nature et de la gravité des faits auxquels vous avez fait allusion. S'il vous était parfaitement démontré que des confrères innocents de tout acte « qui entache l'honneur de l'homme ou la dignité du médecin, » ont subi des vexations à propos de leurs FONCTIONS MÉDICALES, membre de l'Association générale, je saisirais de ces faits la Société locale à laquelle j'appartiens. Celle-ci verrait ce qu'elle aurait à faire, si elle devait intervenir, soit par elle-même et *sponte sua*, soit par le Conseil général de l'œuvre.

Ce n'est pas plus difficile que cela, et puisque la *Gazette* reconnaît elle-même que le Conseil général n'a pas d'initiative à prendre en pareille occurrence, et trouve très-convenable qu'il en soit ainsi, qu'elle reconnaisse donc également combien sont injustes et mal fondés les reproches de n'avoir rien fait, alors qu'on ne lui a rien demandé. En vérité, nous aurions tous un peu besoin, quand nous prenons la plume, de nous dire avec Voltaire :

Je n'écris pas pour écrire,
Je n'écris que pour agir.

Je m'explique, et un conseil de pratique peut n'être pas inutile ici, à l'adresse des jeunes médecins.

Alors que vous serez invités par une famille à vous faire l'intermédiaire de la transaction à intervenir entre elle et la nourrice, *récusez-vous*. Souvent, très-souvent, les parents du nourrisson chercheront à vous donner ce rôle : « Cher docteur, vous diront-ils, aidez-nous jusqu'au bout. Nous ne demandons pas mieux que d'indemniser cette nourrice, mais nous ne voudrions pas discuter la chose nous-mêmes. D'ailleurs, vous serez plus à l'aise, vous, pour prendre nos intérêts et résister aux exigences de cette femme. Tâchez de la rendre *raisonnable;* nous nous confions à vous. »

Un tel rôle n'est pas le nôtre, à nous médecins, Messieurs. N'intervenons pas dans ces arrangements pécuniaires. Ne nous en mêlons pas ; c'est le mieux que nous puissions faire, et cela pour les deux raisons que voici :

La première, c'est que nous sommes gens d'étude et non pas hommes d'affaires. Avec la meilleure intention d'arranger les choses au mieux et pour la plus grande satisfaction des deux parties, nous pourrions bien aboutir à quelque chose qui serait loin d'être parfait, qui pécherait contre quelque formalité du Code inconnue de nous, qui ne serait pas valable en droit, etc. Bref, nous n'avons pas la compétence voulue pour ces sortes de choses.

La seconde raison, c'est (pardonnez-moi d'entrer dans ces détails intimes de la pratique) que, pour prix de notre ingérence dans toutes sortes de débats qui ne nous regardent pas, nous n'avons à récolter d'habitude que beaucoup d'ennuis, de désagréments, voire de vexations, sans la moindre reconnaissance. Ce sera, par exemple, la famille, qui, quoi que nous ayons fait, trouvera toujours que nous avons « trop fait », que nous avons été bien larges à ses dépens, « bien généreux ». Parfois encore surgissent des récriminations plus amères. J'ai même entendu — vous aurez peine à le croire — une famille émettre en pareille circonstance, contre l'un de nos plus dignes confrères, le soupçon aussi injuste, aussi immérité que possible, « de s'être entendu avec la nourrice pour recevoir une part de l'indemnité ! » — Ou bien encore, ce sera la nourrice qui, plus tard, se trouvera trop peu payée, qui vous accusera « d'avoir exercé une pression sur elle, de lui avoir arraché son consentement à vil prix en lui cachant la gravité réelle de son mal, d'avoir été payé pour cela par la famille », qui même vous menacera d'une action judiciaire en ce sens, etc. Tout cela est historique, Messieurs, je vous le certifie. Et je pourrais vous

---

J'assistais, il y a quelque temps, à la distribution des prix des écoles communales de mon village, et j'étais, je l'avoue, émerveillé de la tenue et de l'attitude de toutes ces petites filles et de tous ces petits garçons. Cela fait honneur à leurs maîtresses et à leur maître, qui ne leur donnent pas seulement l'instruction primaire, mais encore, ce qui n'est pas dans les programmes, l'éducation, la politesse, le respect. Sous ce rapport, notre village est des mieux partagés. L'école des filles est dirigée par les sœurs de Saint-Vincent, qui dirigent encore un asile pour les petits bébés, et l'école des filles et femmes adultes. C'est un instituteur laïque qui dirige l'école des garçons et l'école des adultes hommes. Il est en même temps professeur de musique vocale, et c'est vraiment charmant d'entendre les chœurs, quelquefois très-difficiles ma foi, que nous chantent ces chers enfants. Il est vrai de dire que notre école communale remporte tous les prix de chant aux concours de canton et d'arrondissement.

L'instruction primaire, dans notre village, est gratuite.

Témoin attentif et charmé du zèle et du dévouement que nos institutrices et nos instituteurs apportent dans l'exercice de leurs fonctions, avec quelle dignité et quel désintéressement ils remplissent leurs devoirs, je me suis rappelé un bel et éloquent éloge de l'instituteur par Victor Cousin :

« Un bon maître d'école est un homme qui doit savoir beaucoup plus qu'il n'en enseigne, afin de l'enseigner avec intelligence et avec goût ; qui doit vivre dans une humble sphère, et qui pourtant doit avoir l'âme élevée pour conserver cette dignité de sentiments et même de manières sans laquelle il n'obtiendra jamais le respect et la confiance des familles ; qui doit posséder un rare mélange de douceur et de fermeté, car il est l'inférieur de bien du monde, et il ne doit être le serviteur dégradé de personne ; n'ignorant pas ses droits, mais pensant beaucoup plus à ses devoirs ; donnant à tous l'exemple, servant à tous de conseiller, surtout

citer plus de dix de nos confrères qui, étant intervenus dans ces sortes de transactions par obligeance, par bonté d'âme, ont juré, mais un peu tard, qu'on ne les y prendrait plus. J'y ai été pris comme eux; vous y serez pris comme nous, Messieurs, jusqu'à ce que l'expérience ait fait à vos dépens votre éducation en pareille matière.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE; DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le travail fait avec notre maître, M. Desnos, sur la myocardite varioleuse, nous avons déterminé les symptômes de l'inflammation du cœur; nos recherches sur ce sujet nous ont été inspirées par plusieurs cas de mort subite, qui s'était produite dans le service chez des varioleux, alors qu'aucun symptôme ne pouvait tout d'abord nous faire prévoir une fin aussi rapide et si funeste. A l'autopsie, nous n'avons rien trouvé autre chose, pour expliquer la mort, qu'un cœur profondément ramolli et altéré.

Or, nous avons vu que l'inflammation de cet organe se traduit par des signes qui permettent souvent de la reconnaître; après une légère période d'excitation qui peut faire défaut, vient la période d'affaiblissement du cœur, dont les principaux signes ont été si bien décrits par Stokes dans le typhus pétéchial : diminution du choc précordial, assourdissement, affaiblissement du premier bruit, sa disparition même, *caractère fœtal* des bruits du cœur (2), production d'un souffle caractéristique dû à la paralysie inflammatoire des muscles papillaires; souffle doux, profond, diffus, transitoire, migrateur; dédoublement du second bruit, pouls radial faible, irrégulier, polycrote, oscillatoire; retentissement sur les circulations du poumon et du cerveau.

La mort peut survenir lentement, progressivement, au milieu de phénomènes asystoliques, ou elle peut survenir subitement.

(1) Suite.— Voir les numéros du 15, 25 septembre, 2 et 4 octobre.

(2) Stokes. *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, 1864, trad. par Sénac.

---

ne cherchant pas à sortir de son état; content de sa situation, parce qu'il y fait du bien; décidé à vivre et à mourir dans le sein de l'école, au service de l'instruction primaire qui est pour lui le service de Dieu et des hommes. »

A l'instar des grands journaux, la Presse médicale a aussi des clichés annuels. Les grands journaux, pour annoncer l'arrivée de l'hiver, ne manquent pas de réimprimer tous les ans ce vieux cliché : Les hirondelles d'hiver sont arrivées. Ces hirondelles d'hiver sont les marchands de marrons, dont l'installation au coin des rues coïncide, en effet, avec l'équinoxe d'automne. Eh bien, nous avons aussi nos hirondelles d'hiver, dont la réapparition dans nos Académies coïncide également avec la réapparition des brouillards et des gelées : ce sont nos confrères des stations thermales et maritimes. Heureux confrères qui font leur moisson pendant les beaux jours, et viennent s'abriter contre les mauvais temps dans le confortable et les plaisirs parisiens.

Je dis plaisirs. En effet, l'élément qui domine dans nos thermes et sur nos plages, c'est l'élément parisien, et qui dit Parisien dit amant du plaisir. Or, comme nos confrères de l'hydrologie sont tous aimables, de bon ton et de bonne compagnie, ils ont su se faire des relations non-seulement médicales, mais encore mondaines qui leur procurent, pendant leur séjour à Paris, les invitations les plus charmantes. Je ne sais même comment quelques-uns d'entre eux peuvent suffire à tant de plaisirs accumulés. Il en est aussi parmi eux qui ne se bornent pas à accepter des invitations, mais qui les rendent, dont les salons sont cités pour la bonne musique qu'on y fait, ou les salles à manger pour les fins menus qu'on y sert.

Notre confrérie n'a pas à se plaindre de la part qui lui a été faite dans les dernières nominations dans la Légion d'honneur. Sur un nombre très-restreint de promotions et de nominations, les médecins en ont obtenu neuf. En lisant les motifs de ces nominations, services

Tels sont les symptômes cardiaques que l'on observe dans la variole, et que nous avons décrits. Si nos conclusions sont réelles, les mêmes symptômes doivent se retrouver dans certains cas de fièvre typhoïde, puisque les recherches nécroscopiques ont prouvé que, dans cette maladie comme dans la variole, les muscles sont profondément altérés, et parmi eux le myocarde.

Or, M. Hayem s'est livré sur ce point aux mêmes recherches dans la fièvre typhoïde, et il est arrivé aux mêmes conclusions : la description symptomatique dans l'un et l'autre cas est presque identique, ce sont les mêmes accidents d'affaiblissement, de débilitation cardiaque, les mêmes complications du côté des poumons et de l'encéphale, les mêmes modes de terminaison. Pour M. Hayem, quand les intermittences du pouls surviennent dans le cours du second septénaire ou au commencement du troisième, elles sont souvent fatales, surtout lorsqu'il s'y joint d'autres symptômes, d'une gravité considérable; bien différentes en cela au point de vue du diagnostic et du pronostic, des intermittences qui surviennent plus tard au moment de la défervescence, en l'absence de tout phénomène cardiaque, et qui sont souvent même un des signes précurseurs de la convalescence.

Comme dans la variole, la mort peut survenir lentement au milieu de symptômes de collapsus si bien décrits par Wunderlich (1). « L'affaiblissement cardiaque devient extrême et l'on voit survenir, non plus une syncope mortelle, mais un état particulier de collapsus. Le choc précordial devient faible, presque insensible, le pouls filiforme ; les extrémités se cyanosent et se refroidissent, le visage est terne, bleuâtre, grippé; les yeux sont excavés, les lèvres et les pommettes sont bleuâtres, le nez est froid ; une sueur froide et visqueuse couvre les tempes. Le regard est fixe, sans expression, les paupières à demi closes, la voix est faible, cassée, les mouvements lents et incertains, la prostration extrême. En même temps la température est abaissée; plus rarement, elle est au contraire très-élevée, circonstance qu'il faut regarder avec Griesinger comme plus défavorable (2). » Or le cœur doit évidemment jouer un certain rôle dans la production de ces accidents qui se terminent, soit par l'asphyxie lente, soit par la syncope. Mosler, de Greifswald, dans

(1) Voir le travail de Wunderlich *Sur le collapsus dans les maladies fébriles*. (*Archiv. der Heilkunde*, t. II, p. 289, 1861. Le collapsus est également décrit dans le livre du même auteur, *Sur la température dans les maladies*, traduit par Labadie-Lagrave, 1872, pages 9, 177, 199.

(2) Hayem. *Loc. cit.*, p. 14.

---

rendus dans les bureaux de bienfaisance, ou dans les hôpitaux pendant les épidémies, etc., etc., on comprend l'embarras des ministres, car, où ne trouverait-on pas de semblables services à récompenser? Tenez, je parlais tout à l'heure de l'Association générale, et le publiciste distingué de Bordeaux auquel je répondais, disait, dans un autre ordre d'affaires, il est vrai : Il y a quelque chose à faire.

Oui, certainement, il y a quelque chose à faire pour empêcher le pouvoir de s'égarer dans la distribution de ses récompenses et de ses honneurs. Ce serait que les Sociétés locales recommandassent elles-mêmes aux divers ministres les services médicaux et administratifs rendus par ceux de leurs membres qu'elles croiraient dignes de récompenses. Ce serait une application intelligente et éclairée du suffrage universel; selon un mot très à la mode, ce serait démocratique..... Mon Dieu! pourvu qu'on n'aille pas croire que je suis candidat aux élections du 14 octobre! *Dii avertant!*

D[r] Simplice.

Le lait de femme en Chine. — En Chine, on vend le lait de femme. Ainsi, à Sanghaï, la demi-pinte ne coûte que vingt centimes; le docteur Makensie (de Ruigpo) prétend avoir vu souvent les femmes du pays en prendre dans de petits vases au milieu des rues de cette localité. Le lait de femme est fort estimé par les Chinois comme aliment réparateur chez les vieillards et les phthisiques. (*Journal de méd. et de pharm. de l'Algérie.*)

Nomination. — M. Mathew Duncan, qui occupait en Écosse une haute position dans la science obstétricale, vient d'accepter le poste de chirurgien accoucheur à *Saint-Bartholomew's hospital.*

son étude sur le collapsus dans la diphthérie, n'a-t-il pas rapporté deux observations où l'autopsie de deux malades morts en état de collapsus avait permis de constater l'existence d'une dilatation générale du cœur avec dégénérescence considérable de ses parois et présence de caillots intra-ventriculaires (1)? D'un autre côté, la mort subite et rapide qui survient parfois dans certains cas de diphthérie, ne doit-elle pas être attribuée à cette thrombose cardiaque qui se produit sous l'influence des trois causes nécessaires à toute coagulation sanguine et qui se trouvent souvent réunies : altération du sang, ralentissement du cours du sang par suite de l'existence de la myocardite avec dégénérescence graisseuse, surface inégale de l'endocarde pariétal par suite de l'existence concomitante d'un travail phlegmasique de la membrane interne du cœur en rapport avec le muscle enflammé?

Les mêmes causes doivent être invoquées pour expliquer aussi la production de caillots intra-cardiaques dans la fièvre typhoïde; ces caillots peuvent même devenir la source d'embolies multiples qui, dans les viscères, donnent lieu à la formation d'infarctus multiples, dans les membres à la production de gangrènes, dont jusqu'ici la véritable pathogénie avait été mal interprétée; ils peuvent encore, en s'immobilisant dans la cavité des ventricules ou des oreillettes, entraver pour une part le jeu du muscle cardiaque dont la contractilité est déjà affaiblie par un travail inflammatoire et dégénératif.

Maintenant, nous connaissons les méfaits si nombreux des dégénérescences musculaires et de la dégénérescence du cœur en particulier; et si nous les avons passés en revue, c'est pour bien démontrer leur importance dans le cours des maladies où elles évoluent. Nous savons que pour le cœur en particulier, qui ne peut assister calme, impassible et presque indifférent aux altérations profondes qui désorganisent son propre tissu, elles peuvent être la cause de la mort, soit que celle-ci survienne rapidement au milieu de symptômes de collapsus ou d'asphyxie, soit qu'elle éclate inopinément.

Les objections que l'on oppose à cette théorie de la mort subite par lésion du myocarde, se réduisent à deux sortes d'arguments. Les voici :

1° *Pendant la vie, on n'a pas observé, antérieurement à cette mort subite, les symptômes d'affaiblissement du cœur.* — Nous répondrons d'abord que ces symptômes, dans certains cas assez rares du reste, peuvent se montrer brusquement ou rapidement, et que, d'un autre côté, ils ont pu parfaitement échapper à l'attention des observateurs avant la connaissance exacte de la symptomatologie de la myocardite. Les signes qui la caractérisent ne sont pas de ceux qui évoluent à grand fracas, ils se produisent presque silencieusement, et ils doivent être cherchés tous les jours avec la plus grande attention pour être découverts.

2° *Il existe un assez grand nombre d'autopsies où l'examen microscopique du cœur a été absolument négatif.* C'est là une objection capitale à laquelle on peut joindre celle-ci comme corollaire : *Souvent le muscle cardiaque a été trouvé très-altéré, et cependant la mort subite a fait défaut.*

Dans sa thèse inaugurale faite avec un si grand soin et ce talent d'exposition qui distingue toutes ses œuvres, M. Dieulafoy note que le cœur a été souvent examiné, et que souvent aussi il a été trouvé sain. Il voudra bien nous permettre de ne pas faire entrer en ligne de compte certaines de ses observations, parce qu'elles nous semblent un peu abrégées, et qu'au moment où son travail a paru, il lui était du reste impossible d'insister davantage sur une complication mal connue au point de vue anatomo-pathologique, comme au point de vue clinique.

Du reste, pour ne pas affaiblir la valeur de l'objection, nous dirons que le nombre des observations contraires à la théorie myocardiaque importe peu, et qu'un seul cas bien authentique suffirait pour l'ébranler. Dans 12 observations (4 cas de Leudet (2); 2 cas de Laveran (3); 2 cas de Bussard (4); 2 cas de Liber-

(1) Mosler. *Ueber collapsus nach diphtherie.* (*Arch. der Heilkunde,* 1873, cité par Hayem.)
(2) Cité par Dieulafoy. *Loc. cit. Gaz. hebdom.,* 1877.
(3) *Arch. méd.,* 1871.
(4) *Recueil de Mém. de méd. et chir. milit.,* 1876.

mann (1) ; 1 cas de Allaire (2) et de Zenker (3)], on a examiné le cœur et l'on n'a pas trouvé de dégénérescence graisseuse. En regard de cette affirmation, nous devons placer celle de M. Hayem. « Dans tous les cas de mort subite que j'ai observés dans la fièvre typhoïde, dit-il, j'ai constamment trouvé une altération des fibres cardiaques (4). »

Il semblerait que deux affirmations aussi contraires, émanées d'hommes également si compétents, devraient clore le débat, en appelant de nouvelles recherches. Cependant il nous est impossible de ne pas faire remarquer que, dans les observations contraires à la théorie que nous défendons, il n'est pas fait mention de l'état des vaisseaux cardiaques, dont l'altération peut même, en l'absence de tout travail inflammatoire et de dégénérescence granuleuse, donner lieu à l'anémie du cœur. De plus, les lésions de la myocardite sont souvent disséminées, attaquant ici un certain nombre de fibres pour laisser absolument intactes celles qui en sont le plus rapprochées. Comme au point de vue clinique en un mot, l'inflammation du myocarde est une lésion qui doit être très-attentivement recherchée dans les autopsies.

Mais alors, dira-t-on, comment se fait-il qu'une lésion si minime, parfois si peu appréciable, puisse produire de si grands effets et jouer un rôle prépondérant dans la production de la mort subite, quand des malades atteints de lésion de l'un des orifices auriculo-ventriculaires, « vivent et se défendent des années entières, malgré la dégénérescence de leur muscle cardiaque (Dieulafoy)? » Nous pourrions répondre que c'est parce que la compensation n'est pas entièrement rompue; mais nous aimons mieux dire que c'est parce qu'il s'ajoute toujours un autre élément à l'altération du myocarde. Cet autre élément, c'est l'anémie cérébrale.

(A suivre dans un prochain numéro.)

(1) *Gaz. des hôp.*, 1877.
(2) Cité par Dieulafoy.
(3) Zenker. *Loc. cit.*
(4) Hayem. *Loc. cit.*

BIBLIOTHÈQUE

DE LA DILATATION FORCÉE DU SPHINCTER DE L'ANUS, considérée spécialement dans son application au traitement des hémorrhoïdes, par Frédéric MONOD. Thèse inaugurale. Paris, 1877 ; F. Henry, éditeur.

S'il est une question fastidieuse à force d'être rebattue, c'est bien celle des hémorrhoïdes. Cependant, les derniers travaux lui ont donné un regain d'actualité, et cette histoire si vieille semble entrer dans une nouvelle phase. En adoptant la dilatation forcée du sphincter comme le moyen le plus rationnel à employer contre cette affection, la chirurgie vient de réaliser un véritable progrès thérapeutique. Telle est, du moins, la conclusion qui ressort du travail très-intéressant de Frédéric Monod, appuyé sur la haute autorité du professeur Verneuil.

Notre confrère nous donne d'abord des détails historiques intéressants sur la manière dont la dilatation forcée de l'anus, inventée par Récamier sous le nom de massage cadencé, s'est introduite dans la pratique chirurgicale. Maisonneuve simplifia l'opération de Récamier, et les chirurgiens l'adoptèrent, comme moins dangereuse que l'incision de Boyer, contre la sphinctéralgie et la fissure anale. Maisonneuve la pratiquait toutes les fois qu'il y avait contraction permanente du sphincter; et c'est ainsi qu'il fut amené à traiter par ce moyen des hémorrhoïdaires, dont les varices rectales étaient compliquées de spasme, avec ou sans fissure; mais il n'est pas prouvé, dit F. Monod, qu'il ait considéré dans ces cas les hémorrhoïdes comme autre chose qu'une complication de la fissure ou de la sphinctéralgie, et que la dilatation, entre ses mains, fût dirigée spécialement contre les varices rectales. Quoi qu'il en soit, la méthode fut longtemps laissée dans l'ombre, parce qu'on resta sans comprendre la valeur et la fréquence de la contracture chez les hémorrhoïdaires; puis l'écraseur, et ensuite le galvano-cautère, firent leur entrée sur la scène chirurgicale, et absorbèrent toute l'attention. Aussi est-ce tout récemment que la question fut reprise; MM. Fontan et Verneuil retrouvèrent en même temps, sans s'être concertés, et sans que l'un ait servi de guide à l'autre, la

trace qu'avait indiquée Maisonneuve, et cela vingt ans après les travaux entrepris par Verneuil lui-même sur la circulation veineuse du rectum et l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes. La dilatation forcée n'est, en somme, qu'une déduction logique des recherches de cet auteur en 1855, de celles de Gosselin, de Dubrueil et Richard, confirmées par un travail récent de Duret.

Le second chapitre est consacré à la physiologie pathologique des hémorrhoïdes. Les points principaux en sont indiqués d'après les auteurs que je viens de citer. F. Monod donne la distribution exacte des veines rectales, leur configuration, leurs anastomoses, la disposition des boutonnières musculaires que leur fournissent les tuniques du rectum, et, en particulier, le sphincter interne. Il met en lumière le rôle que doit jouer, dans la pathogénie des hémorrhoïdes, la compression intermittente exercée par les fibres musculaires sur les veines hémorrhoïdales et leurs canaux de dérivation; compression à laquelle viennent en aide les causes générales ordinairement invoquées, et toutes celles qui produisent un afflux sanguin ou une stase dans les veines du rectum et de l'anus. Puis il nous montre ce fait nouveau, la contracture sphinctérienne, regardé aujourd'hui comme à peu près constant par MM. Fontan et Verneuil, intervenant dans l'évolution du mal, et dominant toute la symptomatologie. Ici, les deux auteurs cités diffèrent légèrement : le premier attribue à la contracture une action prépondérante dans la pathogénie proprement dite; le second pense qu'elle tient seulement sous sa dépendance les accidents ultérieurs des hémorrhoïdes. En effet, dans la grande majorité des cas, elle paraît secondaire, et doit être considérée comme un acte réflexe dont le point de départ est l'irritation de la muqueuse rectale par la présence des ampoules variqueuses. Elle contribue à l'accroissement des tumeurs hémorrhoïdales, en étranglant les voies anastomotiques qui, à travers le sphincter, relient les veines hémorrhoïdales internes et externes; puis elle produit la série des accidents dont la procidence n'est que le premier terme, en étranglant le pédicule à la façon d'une ligature, et amenant la turgescence, l'irréductibilité, l'hémorrhagie, la douleur excessive, en un mot, tout ce qui constitue la crise hémorrhoïdaire.

Montrer le rôle prépondérant que joue la contracture dans les symptômes des hémorrhoïdes, c'est justifier déjà l'emploi de la dilatation. Pour faire la démonstration complète, l'auteur décrit le *procédé opératoire*, la dilatation digitale adoptée par M. Fontan avec la plupart des chirurgiens, et la dilatation instrumentale à l'aide du spéculum uteri, que préconise le professeur Verneuil; le *mode d'action* de la dilatation anale, qui produit l'élongation, mais non la rupture des fibres musculaires; les *suites de l'opération*, qui supprime rapidement la douleur, la procidence, la perte sanguine, et n'amène que de légers accidents, un peu de catarrhe rectal ou de dysurie, quelques jours de ténesme ou de constipation, etc. Comme *appréciation de ce traitement*, il met en avant, d'une part l'innocuité de la méthode, d'autre part ses résultats définitifs : suppression constante de la douleur et de l'hémorrhagie. Quant à la procidence, elle peut être aussi supprimée, et la méthode guérit, non-seulement les symtômes, mais la maladie elle-même, sans doute en levant l'étranglement des voies anastomotiques. Cependant, un certain degré de procidence au moment des garde-robes peut subsister indéfiniment; mais il faut se garder de faire une distinction subtile entre la cure apparente et la cure réelle des hémorrhoïdes, entre leur disparition complète et leur passage à l'*état indifférent.* La guérison des hémorrhoïdes, comme le dit le professeur Gosselin, c'est la cessation des accidents qu'elles produisent, douleurs et hémorrhagies. « Cliniquement, on obtient donc la guérison de l'affection hémorrhoïdale par la distension forcée, et cela presque à coup sûr. » Doit-on craindre les récidives? L'avenir seul pourra nous l'apprendre, quand les faits se seront multipliés et que la méthode aura vieilli.

La dilatation n'est pas applicable à tous les cas sans distinction. L'auteur énumère certaines *contre-indications*, insiste sur l'hémorrhagie comme *indication* principale, montre l'hémorrhoïdaire arrivé, par des flux quotidiens, à la dernière période de l'hecticité, et relevé subitement par une opération simple et inoffensive; enfin, il rapporte onze observations, qui lui servent de pièces justificatives. Les dernières pages sont consacrées à une étude sommaire de quelques autres applications de la dilatation forcée.

Parmi les conclusions qui terminent cet excellent travail, je me borne à transcrire les suivantes :

. . . . . 3° Les hémorrhoïdes une fois constituées déterminent, par action réflexe, une contracture plus ou moins violente, douloureuse ou non, et le plus souvent permanente, des sphincters de l'anus.

4° Cette contracture jouant un rôle capital dans le développement ultérieur des hémorrhoïdes internes et la production des accidents qui suivent leur procidence (étranglement, hémorrhagies, irréductibilité), la dilatation forcée du sphincter s'offre commme le moyen de traitement le plus rationnel.

5° Ce traitement rationnel se trouve être en même temps le plus simple et le plus inoffensif de tous ceux qui ont été proposés; à peine mérite-t-il le nom d'opération.

6° Il est formellement indiqué toutes les fois qu'il y a des pertes sanguines abondantes...

..... 8° En présence d'une trentaine de cas déjà connus, dans lesquels la dilatation forcée, sans donner lieu à aucun accident grave, a invariablement produit, soit une guérison radicale, soit une amélioration notable, il n'est pas téméraire de présumer que cette excellente méthode passera rapidement dans le domaine de la chirurgie usuelle, et s'imposera un jour comme le traitement le plus généralement applicable aux hémorrhoïdes.

L.-Gustave RICHELOT,
Prosecteur à la Faculté.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Il n'est jamais trop tard pour parler des personnages qui appartiennent à l'histoire. Si la mort de M. Le Verrier n'a pas été annoncée plus tôt par ce *Bulletin*, c'est que le directeur de l'Observatoire, — à qui justice a été, en toutes circonstances, largement rendue ici comme savant, à qui l'admiration même n'a pas été épargnée pour ses travaux, — était, comme homme, profondément antipathique à celui qui tient la plume à cette place. Se défiant de ses impressions personnelles, il a préféré laisser d'abord la parole à d'autres.

Voici dans quel magnifique langage M. Dumas apprécie la découverte qui a rendu illustre son collègue à l'Académie :

« L'héritage de Laplace était libre; il en prit hardiment possession. Il mit en évidence les conditions de stabilité générale du système solaire par la discussion approfondie des lois qui président aux mouvements de Jupiter, de Saturne et d'Uranus, et chacun comprit, à ce début large et même hautain, si l'on remonte au temps et si l'on tient compte du milieu, qu'un grand astronome venait de se révéler. L'Académie s'empressa d'adopter M. Le Verrier.

Presque aussitôt, il donnait au monde la démonstration la plus éclatante du pouvoir de la science. La dernière planète de notre système, Uranus, éprouvait dans sa marche des irrégularités que la théorie n'avait pas prévues et qu'elle ne parvenait point à expliquer. Le système conçu pas Newton, jusque-là victorieux de toutes les objections, allait-il se montrer impuissant et en défaut, aux dernières limites de notre système solaire?

M. Le Verrier ne le pensa point. Acceptant avec un ferme bon sens les lois de l'attraction comme vraies, il en poursuivit toutes les conséquences. C'est ainsi que, par une analyse admirable et convaincue, il découvrit dans l'espace une planète inconnue; il la pesa, comme s'il l'eût tenue dans ses mains; qu'il marqua dans les cieux sa route et la position qu'elle devait occuper le 1er janvier 1847, comme s'il en eût lui-même dirigé le char.

On sait comment cet astre fut trouvé par le télescope dans le firmament, à la place même que lui avait assignée l'analyse mathématique.

L'émotion fut universelle. Mais Le Verrier ne grandit pas seul : ses confrères, ses émules, les savants de tous les pays grandirent avec lui. Il faut le reconnaître et le proclamer à sa gloire, la confiance publique dans les forces de la science s'éleva, dès ce moment, à un niveau qu'elle n'avait peut-être jamais atteint. Le jeune astronome, qui par le seul effort de sa pensée découvrait une planète inconnue, la dernière du système, perdue dans l'immensité, à une distance du Soleil trente fois plus considérable que celle qui en sépare la Terre, devint tout à coup populaire. Par une exception sans exemple, mais que tout motivait, l'astre nouveau lui fut dédié, et si plus tard son nom, d'abord inscrit avec justice dans les confins de notre ciel, fut remplacé par celui de Neptune, ce fut pour obéir à d'antiques traditions. »

A propos de la découverte de Neptune, M. Janssen s'explique ainsi : « Cette découverte ne devait pas échapper à la règle générale; après sa période de louanges, elle eut sa période de contestations et de critiques.

Je laisse comme à dédaigner, pour la mémoire de notre confrère, les critiques malveillantes et passionnées dont sa découverte fut l'objet. Mais je dois dire un mot de l'illustre mathématicien anglais qui, dans cette circonstance, courut la même carrière que notre confrère. M. Adams, en s'occupant de la théorie d'Uranus, était conduit à des résultats aussi approchés que ceux de M. Le Verrier.

Mais c'est ici qu'éclate l'opposition des caractères et des genres de talent. Tandis que M. Le Verrier, entré plus tard dans la carrière, procède avec la sûreté, la rapidité, je dirai presque l'audace que nous avons constatées, M. Adams revoyait soigneusement son travail. Il en confiait les résultats au professeur Challis et à M. Airy, recevait des objections, des observations

qui le conduisaient, par un désir très-élevé de ne donner au public qu'un travail irréprochable, à des retouches qui retardaient toujours la publication. C'est ainsi que le savant anglais fut surpris par l'allure rapide du savant français.

La question de mérite peut bien être balancée entre ces émules éminents, mais la priorité de découverte appartient sans conteste à M. Le Verrier. »

Cela montre que, dans le domaine de la science, pas plus qu'ailleurs, il n'y a peut-être pas d'hommes indispensables.

M. Émile Alglave a tracé du caractère de Le Verrier un portrait que nos lecteurs trouveront sans doute ressemblant :

« C'est comme directeur de l'Observatoire que la génération actuelle l'a surtout connu; et, il faut bien le dire, elle l'a connu alors par les défauts de son caractère plutôt que par les qualités de son esprit. Il y eut bientôt contre lui une sorte de ligue universelle, où tout le monde tenait à honneur de s'enrôler, aussi bien dans le public qu'à l'Académie et dans le monde savant. Les journaux politiques eux-mêmes retentissaient tous les jours des incidents légendaires de l'Observatoire, et le *Temps* ne fut pas le dernier à jouer sa partie dans cet immense concert. Le Verrier faisait tête partout à l'orage, sans louvoyer jamais, sans chercher une seule fois à calmer un peu les critiques par la moindre concession, lui parût-elle raisonnable, bravant, sans effort comme sans fatigue, les colères qu'il ameutait, et préférant la défaite au soupçon d'avoir cédé quelque chose. On le vit bien à la manière dont il tomba, en février 1870. Tous les astronomes avaient donné leur démission, de sorte que le service était complétement arrêté; le ministre cherchait naturellement un moyen de le faire reprendre : Le Verrier lui répondit par une demande d'interpellation au Sénat, qui fut nécessairement suivie de sa révocation.

« Ce fut dans tout le monde savant comme un immense soupir de satisfaction. Delaunay, qui avait depuis plusieurs années dirigé les attaques contre Le Verrier, recueillit sa succession... et quelques mois s'étaient à peine écoulés qu'on le détestait plus que lui.

« Après la mort tragique de Delaunay, Le Verrier revint à la tête de l'Observatoire, sur la demande même des astronomes qui avaient le plus impérieusement exigé son renvoi, et sans que ce retour rencontrât de blâme nulle part. Est-ce à dire qu'on avait eu tort de se plaindre de lui autrefois ? Ce serait aller beaucoup trop loin, même pour le présent. Ce Napoléon de l'astronomie s'était bien prétendu converti au nouveau régime constitutionnel qui subordonnait l'autorité du directeur à celle du conseil des astronomes chefs de service; en réalité, il ne fut guère moins despote pendant ses Cent-Jours que pendant son premier règne, et les chefs de service eux-mêmes n'échappèrent pas toujours aux révocations illégales, — surtout quand ils avaient travaillé à sa restauration.

« Nous devions rappeler toutes ces misères qui ont occupé une si grande place dans la vie de Le Verrier, et qui ont laissé une si vive empreinte sur sa physionomie morale. Mais la postérité les oubliera pour ne retenir que ses travaux. Ceux-ci, en effet, doivent enrichir le patrimoine de l'humanité future, qui n'aura aucun intérêt à savoir de quel prix les contemporains ont pu les payer. » — M. L.

FORMULAIRE

Traitement du lichen herpétique. — Bazin.

Pour combattre le lichen herpétique, l'auteur conseille les préparations arsenicales, soit l'acide arsénieux, soit l'arséniate d'ammoniaque en solution, soit l'arséniate de fer en pilules. On les donnera à doses croissantes, tout en surveillant leur effet avec le plus grand soin. — Pour calmer le prurit, qui accompagne cette affection, on essayera les bains frais, les bains additionnés de sublimé, d'alun, de sous-carbonate de soude. On pratiquera des lotions avec de la glycérine étendue, avec de l'eau de savon, avec de l'eau vinaigrée, avec une décoction de jusquiame ou de têtes de pavots, avec de l'eau de goudron, ou simplement avec de l'eau froide. On fera également, avec succès, des lotions d'eau blanche (sous-acétate de plomb, 1 gramme; eau, 400 à 500 grammes); ou des lotions de sublimé (bi-chlorure de mercure, 0 gr. 30 centigr.; eau, 300 grammes). — Dans les cas rebelles de lichen herpétique, on conseillera une cure à Plombières, à La Bourboule, à Uriage, à Saint-Gervais. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 6 Octobre 1776.

Laurent, « médecin » du roi, reçoit des lettres de *vétérance*. Nous dirions aujourd'hui, lettres de médecin *honoraire*. Ce brevet n'était pas qu'une feuille de parchemin; de bons et

solides appointements y étaient annexés. Mais, qu'est-ce que ce Laurent?... Encore un nom médical perdu, comme tant d'autres, pour l'histoire. — A. Ch.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République en date du 2 octobre 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et d'après l'avis conforme du Conseil de l'ordre, a été nommé chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur : M. le docteur Dulmet (Casimir), conseiller municipal à Meyssac (Corrèze), maire de Meyssac de 1865 à 1876; médecin du Bureau de bienfaisance et de l'hospice; médecin des enfants assistés du département; conseiller général depuis 1871; secrétaire de la commission départementale; membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Brive.

— Les internes et les chefs de service de l'Hôtel-Dieu avaient adressé une pétition à M. le préfet, se plaignant des locaux qui leur avaient été affectés dans le nouvel hôpital.
L'Administration a fait droit à leur demande.

Les bains externes a l'hôpital Saint-Louis. — Le Conseil municipal de Paris a consacré la presque totalité de sa séance de jeudi dernier à discuter un projet présenté par l'Assistance publique pour la reconstruction du bâtiment des bains externes à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agissait d'une dépense de près de 800,000 fr.

On sait que l'hôpital Saint-Louis est surtout destiné au traitement des maladies de la peau. De là la nécessité, outre le service des bains à donner aux malades soignés dans cet hôpital et qu'on appelle les bains internes, d'avoir un service de bains externes fréquenté par les malades de la ville. Le bâtiment affecté à ce dernier service est dans un tel état de délabrement que toute réparation aurait été insuffisante. Mais le projet de reconstruction soumis au Conseil par l'Assistance publique a provoqué de nombreuses critiques de la part de la commission, dont M. Bourneville était le rapporteur; l'emplacement en est trop restreint, les bâtiments sont agglomérés, les cours sont étroites, etc. M. le rapporteur concluait donc au rejet des plans produits par l'administration, mais il faisait remarquer que le service des bains internes ne fonctionne qu'une partie de la journée et qu'on pourrait sans trop de frais utiliser ce service pour donner des bains externes. Plusieurs membres du Conseil, notamment M. Lauth et MM. les docteurs Ch. Loiseau et Delpech, ont objecté qu'il en résulterait une promiscuité entre les malades de l'hôpital et ceux de l'extérieur, et que cet état de choses rendrait la surveillance très-difficile. En conséquence, tout en reconnaissant que le projet était défectueux, ils demandaient que le Conseil votât en principe la reconstruction du bâtiment des bains, sauf à modifier le projet.

Le Conseil a écarté cette solution et s'est rallié aux conclusions de la commission. Le bâtiment des bains externes ne sera donc pas reconstruit et les travaux seront réduits à des appropriations de peu d'importance. (*La France.*)

Le choléra a bord de la *Corrèze*. — La *Corrèze* a quitté Saïgon le 20 juillet, ayant à bord 220 hommes d'équipage et 720 passagers militaires ou civils. Parmi les militaires se trouvent des soldats d'infanterie de marine revenant du Tonkin, où très-probablement règne en ce moment une épidémie cholérique. Toutefois, au moment de leur embarquement, on n'avait observé chez ces hommes aucun symptôme caractéristique de cette maladie. Quoi qu'il en soit, le choléra ne tarda pas à se montrer à bord et, à son arrrivée à Aden, la *Corrèze* avait déjà perdu 33 hommes. A Aden, il n'y eut qu'un seul décès, soit au total 34 décès cholériques. A partir de ce moment et surtout depuis l'arrivée du bâtiment à Tor, dans la mer Rouge, où ils ont été mis en quarantaine, c'est-à-dire depuis quatorze jours, l'état sanitaire du navire s'est tellement amélioré qu'il est presque permis de considérer l'épidémie comme éteinte. Du reste, la *Corrèze* ne sera autorisée à traverser le canal de Suez que lorsque pourra lui être délivrée une sorte de patente nette. Les craintes de ceux qui voient déjà le choléra envahir Toulon et Marseille sont exagérées, si elles ne sont pas ridicules. Le danger a été prévu, les plus minutieuses précautions ont été ou seront prises; il n'y a rien à craindre. (*Courrier méd.*)

Conservation des sangsues. — La conservation des sangsues, si désirable surtout à la campagne et dans les centres privés de pharmaciens, serait, dit-on, facilement assuré par le moyen suivant : il suffit de les mettre dans de l'eau additionnée, par litre, de 30 gouttes d'une solution d'acide salicylique au 3/100e.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS LE TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS ET LES TRAITEMENTS ORDINAIRES;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 avril 1877,

Par le docteur LIBERMANN, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou.

Je ne voulais plus prendre la parole sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, mais le long réquisitoire de M. Peter, ainsi que l'autorité qui s'attache à son grand et sympathique talent, me font un devoir de défendre une méthode que j'ai été un des premiers à préconiser en France, et dont j'ai cherché à déterminer, il y a deux ans déjà, les indications rationnelles.

Notre éminent confrère a attaqué les bains froids au point de vue théorique et au point de vue pratique. Au point de vue théorique, il semble, si je l'ai bien compris, nier complétement la gravité de l'hyperthermie dans la fièvre typhoïde, et il vous a dit : La fièvre n'est pas grave parce qu'il y a élévation de température, mais il y a élévation de température parce que la fièvre est grave. Je suis complétement de l'avis de mon savant contradicteur quant à la seconde partie de sa proposition : il y a hyperthermie parce que la fièvre est grave; mais la première partie est incomplète, et si la fièvre typhoïde peut être grave sans hyperthermie, l'élévation de la température par elle-même amène des troubles fonctionnels et des lésions nouvelles qui ajoutent des éléments importants aux dangers de la maladie.

Je vais chercher, en peu de mots, à déterminer quels sont ces troubles fonctionnels et ces lésions.

L'école allemande, et notamment celle de Liebermeister, a certainement exagéré le rôle de la température dans la fièvre typhoïde, en lui attribuant presque tous les phénomènes morbides qui ne ressortissent pas directement des lésions intestinales. En ce moment, nous traversons une période de réaction contre une théorie qui avait d'abord séduit tout le monde, et la tendance actuelle est de mettre sur le compte de l'empoisonnement typhique toute la série des accidents attribués il y a quelque temps encore à l'hyperthermie.

Il y a un juste milieu à garder entre ces deux opinions, et l'observation des effets produits par le traitement hydrothérapique nous met justement à même

---

FEUILLETON

CONGRÈS TENU A GENÈVE POUR L'ABOLITION DE LA PROSTITUTION

(Suite et fin. — Voir le numéro du 2 octobre.)

Je vous ai annoncé quelques extraits des comptes rendus du dernier Congrès de Genève; ma tâche est facile ; je n'ai qu'à copier. Toute analyse serait au-dessous de la vérité ; la plus modérée pourrait encore me faire taxer d'animosité contre des gens dont je déplore seulement les idées et le langage, tout en riant de temps en temps, ce qui est bien permis, comme vous verrez.

Et d'abord, pour renverser la prostitution, qui croyez-vous qu'on attaque? Les prostituées? Allons donc! Et de quel droit! Ne vous valent-elles pas? Ne sont-elles pas des femmes comme nos filles et nos mères? Les prostituées! mais c'est le troupeau du bon Dieu, un peu égaré, voilà tout; ce sont des anges, aux ailes un peu rognées, mais elles repousseront, elles repoussent à vue d'œil. Les prostituées! ce sont des amies, des sœurs, de pauvres chères sœurs, des *sœurs esclaves* qui pis est! Les attaquer! Ce sont elles qui se plaignent, qui réclament, qui lèvent haut la tête. Ecoutez Me Butler, leur interprète : « Messieurs, vous ne vous trouverez plus en face d'une classe silencieuse, soumise et sans « volonté, d'une classe de femmes qui a été nommée par le docteur Hippolyte Mireur « les « choses de l'administration. » (Touché, Monsieur Mireur). Vous avez maintenant devant vous « une classe qui, pour la première fois, a trouvé une voix, une classe révoltée, *dans laquelle*

de distinguer expérimentalement, mathématiquement presque, les phénomènes dus à la chaleur, de ceux qui appartiennent à l'empoisonnement de l'économie.

Le plus important des troubles fonctionnels produits par l'élévation de la température est la paralysie plus ou moins incomplète, ou plutôt la parésie du cœur, qui entraîne avec elle les hypostases et les œdèmes du poumon, auxquels succombent ordinairement les malades dont la fièvre typhoïde n'a pas été compliquée. Le premier effet de l'hyperthermie sur le cœur se traduit par l'accélération de ses mouvements. Cette accélération est-elle due à l'action directe du sang échauffé sur sa face interne, comme le veut Claude Bernard, ou bien à son action sur le muscle cardiaque lui-même par voie directe, ou par voie réflexe, peu importe; il est constant que, dès que la température s'élève, le cœur se contracte plus fréquemment. Sous l'influence de cet excès de travail musculaire et de l'adynamie due au poison typhique, ses contractions deviennent de moins en moins énergiques, et au bout d'un temps plus ou moins long, il entre dans un état de parésie avec ses conséquences directes sur le parenchyme pulmonaire. Pour que cette parésie se produise, il n'est pas besoin de l'infiltration granulo-graisseuse du muscle cardiaque qu'on est loin de rencontrer toujours, et sur la signification de laquelle les récentes recherches d'Erb et de Bernheim laissent encore des doutes. Le travail exagéré du cœur, sa mollesse, sa flaccidité due aux combustions fébriles, l'adynamie produite par l'empoisonnement typhique, suffisent largement pour l'expliquer.

Si l'on veut se rendre un compte exact de l'influence de la température sur les contractions du cœur, le bain nous offre une occasion excellente de contrôle. Dès que la réfrigération qu'il amène est produite, le pouls tombe de 10 à 30 pulsations environ; le dicrotisme presque constant, disparaît; les battements du cœur deviennent plus énergiques, comme je m'en suis assuré par les nombreux tracés sphygmographiques que j'ai pris et dont j'ai donné quelques spécimens dans mon mémoire en 1874. Quand la température est revenue au point où elle en était avant le bain, on constate de nouveau l'accélération du pouls, le dicrotisme et la faiblesse de l'impulsion cardiaque. Mais la température ne borne pas son action délétère au cœur seulement, elle a une action tout aussi puissante sur le système nerveux central dont les fonctions sont profondément troublées par l'élévation thermique. Il ne serait pas juste cependant de lui attribuer toutes les manifestations cérébrales de la fièvre typhoïde. Il en est qui sont dues évidemment à l'empoisonnement typhique,

---

« *sont comprises toutes les femmes de la terre.* (Mes compliments, Madame.) Ce n'est pas « seulement cette pauvre classe rabaissée jusqu'à présent qui est offensée; si elle est offensée, « *nous* sommes encore plus offensées! »

Permettez-moi de vous rappeler que le Congrès a pour but officiel d'abolir la prostitution, et non de la réhabiliter. On pourrait se tromper.

Que veulent donc les sœurs de Mᵉ Butler? Le sous-titre du Congrès nous l'explique. Il combat la prostitution spécialement envisagée au point de vue de l'enregistrement et de la visite. Liberté, liberté, pour tout et en tout! Enfin, voilà le grand mot lâché; voilà le secret dévoilé! Plus de claustration, plus d'inspection, plus d'attentat sur la femme libre! A bas la police! voilà le cri de ralliement de cette nouvelle croisade « contre l'exploitation infâme de « malheureuses créatures, *sous le patronage des gouvernements*, contre cette traite des « blanches exercée pour satisfaire la luxure des hommes! »

« La visite forcée, dit Mᵉ Butler, est un acte de tyrannie, de honte et d'indécence. Cet acte « est un péché, un crime! Rien ne peut vous donner le droit de forcer la femme à dévoiler « sa nature physique la plus intime. La torture est abolie dans tous les pays civilisés; nous « voyons dans le fait de la visite le renouvellement de la torture la plus exécrable! »

Comme on voit d'ici le bourreau, le spéculum à la main, plongeant ce fer homicide dans les entrailles de la victime!

Voici pour Messieurs les médecins de la préfecture : « Je vous demande quelle doit être « sur les médecins inspecteurs l'influence directe et indirecte (?) *de* cette habitude *de* la pra- « tique *de cet outrage* jour après jour, l'influence aussi sur tous les hommes et les jeunes « garçons qui ne savent que trop bien que cet *outrage* est continuellement accompli dans le « but de protéger des hommes immoraux? »

ce sont celles (1) qui se montrent en général dans les formes apyrétiques ou dans les fièvres à température modérée. On les rencontre aussi dans le stade prodromique et la première semaine de toute fièvre typhoïde. Elles consistent dans le malaise, la prostration, la céphalalgie, l'insomnie, les rêvasseries nocturnes, l'apathie, et, enfin, dans un délire imcomplet qui ne se révèle que quand le malade est abandonné à lui-même. Les manifestations que nous attribuons, avec Libermeister qui les a le premier catégorisées, à l'hyperthermie, sont celles qu'on remarque dans toutes les fièvres à température élevée, et qui ne présentent dans la fièvre typhoïde un cachet particulier, comme il le fait judicieusement remarquer, que parce qu'à la suite de la lente élévation de la température elles se développent graduellement et montrent ainsi dans leur entier les phases du processus. « Elles sont caractérisées par un trouble intellectuel persistant, de la mussitation, de la somnolence d'où on peut cependant encore tirer le malade, quelquefois par un délire intense avec de l'agitation. Ces accidents durent, dans les cas graves, depuis le commencement de la seconde semaine jusque dans la quatrième. Enfin, dans le degré le plus élevé, les malades restent sans connaissance, sans réaction, stupides, adynamiques; c'est la suspension complète des fonctions de l'encéphale (2). »

Toutes ces formes de délire disparaissent avec rapidité dans le bain. Dès le premier bain, souvent, mais ordinairement après le troisième ou le quatrième, le malade, qui avait absolument perdu conscience de lui-même, répond nettement aux questions qu'on lui adresse; l'agitation, les mouvements désordonnés, les cris cessent, le sommeil survient calme et réparateur.

Presque avec une précision mathématique, quand la température est remontée deux ou trois heures après les bains, les mêmes phénomènes reparaissent pour disparaître complétement après trois ou quatre jours de traitement. Mais, chose digne de remarque, si pour un motif quelconque on est obligé de les cesser avant que la température n'ait été définitivement abaissée, toute la scène morbide se renouvelle avec la même intensité, de sorte qu'on peut pour ainsi dire produire ou arrêter les manifestations cérébrales, suivant qu'on arrête ou qu'on continue les soustractions de calorique.

(1) Liebermeister. *Einleitung zu den Infections Krankeiten un abdominal typhus*, p. 93 et suivantes.

(2) Bernheim, d'après Liebermeister. *Leçons de clinique médicale*, page 49.

Cet *outrage* n'est pourtant pas celui qu'on apppelle « le dernier ». Celui-ci est subi depuis longtemps; on le subit même assez volontiers tous les jours. Il est vrai qu'il n'est ni obligatoire ni surtout gratuit.

Continuons : « Nous connaissons, nous autres femmes, nous connaissons parfaitement, à « présent, ce que c'est que cette visite : c'est le berceau de l'humanité qui est souillé par ces « pratiques profanatrices! »

Le berceau de l'humanité! En vérité, Me Butler croit que nous sommes tous nés dans un lupanar!

Ce qui suit n'est pas galant pour la partie mâle du Congrès : « Il n'est rien dans la personne d'un homme qui approche de la nature sacrée, délicate et vénérable d'une femme. » Aussi sa sainteté doit toujours être respectée, même quand elle a fortement entamé son capital. D'ailleurs, « *le manque de chasteté chez un homme ne vous semblerait point une raison* « *pour permettre un assaut indécent sur sa personne!* »

Je vous jure que je n'invente rien. Vous croyez peut-être qu'après cela il faut tirer l'échelle. Un mot encore : « L'homme, qu'il soit un débauché, un ivrogne, ou un médecin de « haut rang bien salarié par l'Etat pour l'exécution de cet outrage, *cet homme qui viole une* « *femme quelconque, viole en elle sa propre mère!!!* »

Ici, on n'ose plus rire, et il serait puéril de s'indigner. Devant le délire, on se tait. Ce qui est inexplicable, c'est que dans une assemblée de cinq cents personnes, pas une n'ait protesté contre de telles monstruosités.

Aux réunions de la section d'hygiène du Congrès, des médecins ont parlé, sinon dans les mêmes termes, du moins dans le même sens. Ils ont attaqué la visite obligatoire, « révoltante pour la nature humaine », et dont « la garantie est parfaitement illusoire », attendu « qu'on

En observant attentivement ces remarquables effets, on reste convaincu que les manifestations du cerveau les plus graves et les plus nombreuses sont dues à l'élévation de la température. On nous objecte, il est vrai, que, dans certaines fièvres typhoïdes avec de hautes températures dépassant même 40° pendant plusieurs jours, on n'a pas observé de délire. J'admets ces faits, j'en ai constaté des exemples dans mon service. J'ai observé même des cas où, avec une température de 38° et au-dessous, il s'est produit des délires furieux. Mais l'organisme réagit-il toujours de la même manière sous l'influence des causes morbides? Non certainement; nos contradicteurs le savent aussi bien que nous, et les faits qu'ils citent, beaucoup plus rares qu'ils ne veulent bien le dire, ne sont que des exceptions qui confirment la règle que nous venons de poser.

D'autres altérations, moins graves que les précédentes, sont encore un produit direct de la température. Ce sont les fuliginosités des lèvres, des dents, de la bouche et du nez, qui disparaissent avec rapidité par l'usage des bains. Ces fuliginosités ont leur importance dans la symptomatologie de la fièvre typhoïde. C'est à elles qu'il faut attribuer en partie l'anorexie, le dégoût pour tout aliment qui est souvent si profond et si persistant. Dès qu'elles ont disparu, l'appétit, quelquefois même une faim très-vive, se déclare, et ce n'est pas là un des moindres bienfaits du traitement qui a été si vivement attaqué par M. Peter.

Maintenant, que les altérations parenchymateuses du foie, des reins, du cœur, des muscles, des centres nerveux, soient dues à l'élévation de température ou à la combinaison de cet élément morbide avec l'altération du sang produite par la maladie infectieuse, cela est peu important au point de vue thérapeutique, et nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Nous en avons assez dit pour démontrer que, de tous les symptômes de la fièvre typhoïde, l'hyperthermie est le plus grave, le plus constant, celui qui, par son action persistante sur toute l'économie, amène les perturbations les plus nombreuses.

Mais, à côté de ce symptôme prépondérant, il en est d'autres qui, comme le fait si bien remarquer Jaccoud dans ses belles cliniques de Lariboisière, jouent un rôle important. Ce sont les destructions organiques, l'adynamie due à l'empoisonnement typhique, les complications pulmonaires, suites ordinaires de la bronchite typhoïde primitive. Nous allons voir quelle part la méthode hydrothérapique fait à ces différents éléments.

« ne peut se fier à cet examen pour découvrir la forme constitutionnelle la plus grave des maladies vénériennes. » L'un d'eux a été jusqu'à dire que, d'ailleurs, on ne gagnerait rien à supprimer la syphilis, car l'absence de danger serait une nouvelle excitation à la débauche, et produirait ainsi « des êtres plus malsains au moral et au physique que si la syphilis courait les rues. » Ce n'est pas à cette place d'un journal médical qu'on discute des questions professionnelles avec des confrères. Au surplus, je n'ai nullement l'intention d'engager ce débat, ni ici ni ailleurs. Je préfère terminer, en cueillant çà et là, dans les bulletins, deux ou trois passages qu'il serait vraiment dommage de passer sous silence.

Dans le genre grotesque, la pomme appartient à Mᵉ Hogg, de Boston (section de morale). Elle fait l'apologie de la femme en général, et de la femme médecin en particulier. « En « admettant, comme chez nous, les femmes dans les Universités où il n'y avait que des « hommes admis pour faire leur éducation, on a peur de gâter, de perdre la délicatesse féminine, et aussi cette grande susceptibilité que les deux sexes montrent l'un vers l'autre. « Pour moi, je suis d'avis que cette susceptibilité peut très-bien se perdre; qu'elle se perde, « elle fera place à quelque chose de plus utile et de plus noble. Dans les Universités, quand « les jeunes gens des deux sexes se rencontrent en présence des vérités de la pensée, de la « science, ils conçoivent l'un pour l'autre un respect, de l'intérêt, qui va plus loin, plus profondément que ce sentiment, un peu romanesque, auquel on attache tant de prix. » (*Applaudissements.*)

« Un mot encore. C'est une idée sur le mariage. *J'ai peur de divaguer; j'essayerai de ne pas le faire.* »

Voyons le résultat de cet essai :

« Dans beaucoup de ce qu'on enseigne, il paraît qu'on fait l'état de la femme tellement

La médication de la fièvre typhoïde peut se diviser en médication spécifique et en médication symptomatique. Quoiqu'il ne soit pas illogique de chercher une médication spécifique contre le poison typhique, toutes les tentatives de ce genre ont avorté jusqu'à ce jour. Ni les saignées coup sur coup, avec lesquelles on prétendait juguler la maladie, ni l'eau chlorurée, ni les acides minéraux, ni l'iodure de potassium, ni le calomel, si vanté par Traube, n'ont donné les résultats qu'on en attendait. Il faut donc, jusqu'à présent du moins, s'en tenir à la médication symptomatique, la médication des éléments, comme l'appelait notre maître le professeur Forget; et pour qu'elle soit efficace et rationnelle, il faut qu'elle s'adresse à tous les symptômes de la maladie ou au moins aux principaux d'entre eux. La médication hydrothérapique, malgré les assertions de M. Peter, remplit bien toutes ces conditions.

A l'élévation de la température, aux troubles cardiaques et cérébraux qui en sont les conséquences immédiates, elle oppose les bains froids avec leur soustraction de calorique si puissante.

Aux troubles intestinaux, au météorisme, aux coliques, à la diarrhée ou à la constipation, les compresses froides sur l'abdomen et les lavements froids, qui valent bien le cataplasme classique et le lavement émollient. Elle combat l'adynamie par l'alimentation liquide d'abord, puis, au fur et à mesure que la fièvre tombe, par une alimentation plus solide ; du lait, du bouillon gras, du vin généreux sont donnés plusieurs fois par jour dès le début, et je ne connais pas de meilleurs toniques. Leur effet reconstituant, destiné à s'opposer à l'adynamie et aux combustions de l'organisme, est encore favorisé par la disparition des fuliginosités de la bouche et de la gorge qui ramène l'appétit.

Dans les cas où les toniques alimentaires ne suffiraient pas, je n'hésite pas à employer l'extrait de quinquina et même l'alcool, dont on peut presque toujours se passer du reste avec le traitement par les bains froids. Enfin il est un dernier élément qu'il faut combattre : la bronchite typhoïde et ses conséquences immédiates, la pneumonie lobulaire et lobaire. Jaccoud recommande l'application fréquente de ventouses sèches, pour empêcher cette complication ou l'entraver une fois produite.

L'eau froide est un moyen beaucoup plus rationnel et plus énergique. Comment se produit, en effet, le plus ordinairement la pneumonie dans la fièvre typhoïde (1)?

(1) Ziemsen, cité par Brand, p. 44, *Wasserbehandlung des typhœsen fieber.*

« inégal que l'homme, comme dit Milton, vis-à-vis de la femme, est ainsi : L'homme regarde « Dieu, et la femme l'homme; mais, pour que tous les deux puissent voir Dieu, il faut placer « ce Dieu entre les deux (*applaudissements*) à une distance égale, ainsi chaque homme et « chaque femme appartiendront à Dieu et s'appartiendront l'un à l'autre. » (*Applaudissements.*)

Vous avez compris, j'espère. C'est égal, Me Hogg avait raison d'avoir peur.

Les autres orateurs ont principalement tapé à poings fermés sur trois têtes de Turc : l'homme, la police, l'État. Heureusement, elles sont aussi solides que l'armée du Sultan, et le Congrès tout entier a de fortes chances de s'y casser les doigts.

L'homme est un polisson, un débauché d'où nous vient tout le mal. Il ne pense qu'au « vice sexuel, » car, ce que nous appelons, en physiologie, le coït, s'appelle ici le « vice sexuel. » Il ne comprend pas tous les avantages de la continence, et cependant « la continence est pos- « sible à l'animal et sans danger pour lui, les preuves en sont nombreuses. Elle doit l'être « aussi pour l'homme, et elle l'est en effet. Le nier, c'est insulter tous les célibataires qui, jus- « qu'ici, ont vécu parmi nous. »

Est-ce que Genève serait une succursale de Nanterre pour hommes ?

L'État, lui, « se fait littéralement entremetteur, proxénète au service de sa population mâle. » Aidé de la police, « ce tyran de l'avenir, » il « ne protége réellement que les hommes par « l'avilissement de la femme. » L'opinion publique est bien au-dessus de l'État, et sait beaucoup mieux que lui ce qu'il convient de faire. Il faudrait tout citer; la place me manque; mais on peut juger quelles doctrines se cachent sous ce manteau troué de morale. On veut renverser quelque chose, et ce quelque chose n'est rien moins que la prostitution.

En vérité, est-ce uniquement pour favoriser les bonnes mœurs que la citoyenne Raoult, déléguée de la Ligue démocratique pour l'amélioration du sort des femmes, lit « *un travail inté-*

Par l'extension du catarrhe capillaire aux lobules pulmonaires, et cette extension est surtout favorisée par la faiblesse des mouvements respiratoires et de l'impulsion cardiaque, qui amènent le collapsus pulmonaire et l'hypérémie avec leur conséquence, la migration probable des globules blancs dans les alvéoles constituant d'abord la pneumonie lobulaire, puis la pneumonie lobaire par confluence des foyers primitifs.

Les bains froids, en amenant des inspirations plus profondes, en amoindrissant l'influence délétère de la fièvre sur le muscle cardiaque et les muscles de la respiration, en conservant aux malades l'intégrité de leur sensation qui leur permet d'expectorer les mucosités qui se concrètent dans les bronches, diminuent bien plus énergiquement que les ventouses sèches les chances de pneumonie. Si, malgré leur influence, la pneumonie se produisait, même la pneumonie franchement inflammatoire, qui est rare dans la fièvre typhoïde, les bains froids constitueraient encore, d'après Jurgensen, un moyen de traitement utile, à cause de leur action tonique sur le muscle cardiaque; car, même dans ces pneumonies, le plus grand danger réside moins dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire que dans la faiblesse du cœur, comme l'a démontré Jurgensen (1).

Quand le poumon est hépatisé, le cœur droit, en effet, a besoin d'une plus grande force pour lancer le sang à travers les capillaires comprimés par le contenu solide des alvéoles; si la force d'impulsion lui fait défaut, il se produit des stases dans les poumons; le ventricule gauche reçoit moins de sang artériel, il se contracte presque à vide et bat plus fréquemment et plus mollement, les muscles cardiaques et respiratoires ne reçoivent plus la quantité de liquide sanguin nécessaire à leur fonctionnement, et les malades finissent par succomber à l'insuffisance du cœur plus encore qu'à l'œdème pulmonaire consécutif à la stase sanguine. La statistique semble confirmer ces inductions théoriques, comme nous le verrons plus tard. Le traitement par les bains froids avec son corollaire obligé, l'alimentation dès le début de la maladie, remplit donc toutes les conditions d'un traitement symptomatique rationnel, puisqu'il s'adresse aux éléments principaux de la maladie.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Jurgensen. *Handbuch der Kranckeiten des Respirations apparates*, Leipzig, p. 171, et Bernheim, *Leçons de clinique médicale*, p. 57.

---

ressant, fruit d'une longue expérience; » que M. Loyson vient parler de la Révolution, des misères du peuple, des hécatombes de ses fils sur les champs de bataille, de ses filles dans les mauvais lieux; que M. Ruyz Zorilla, président des Cortès en disponibilité, gémit sur le sort de la malheureuse Espagne, qui a surtout le malheur de ne plus le posséder?

Et maintenant, le mot de la fin, qui donne en même temps le résumé, l'expression de toute la valeur pratique de ce Congrès, égalitaire par principe, politique par occasion, et hygiénique par nécessité, où l'on a par-dessus tout proclamé les droits imprescriptibles de la femme libre, même celui d'avoir la vérole : « Un Russe, M. Zoubaloff, ayant demandé la parole, pré« sente une série d'observations, et quelques conseils au Congrès. Il demande par quoi l'on « remplacera ce que l'on se propose de détruire. » M. Zoubaloff prouve qu'il connaît l'humanité et ses besoins, ce qui vaut mieux que de les nier, comme d'autres, du haut de quelque quatre-vingts ans. Son objection est peut-être embarrassante. Ah bah! « Mme Mozzoni lui répond *très-judicieusement* que c'est le *vice lui-même* que l'on tend à détruire, et qu'il n'y a par conséquent pas à le remplacer! »

Oh! mon Dieu, c'est bien simple! H...

Le singe religieux. — Le vice-consul de France à Léon (Nicaragua) vient d'envoyer au Jardin d'acclimatation de Marseille deux espèces nouvelles, fort rares, un éréade (singe à longs bras et à queue prenante) et un singe de grande espèce connu sous cette appellation singulière : *singe religieux*, à cause de l'habitude qu'il a de s'agenouiller et de prendre ses aliments en joignant les mains.

BIBLIOTHÈQUE

ANDRAL

LA MÉDECINE FRANÇAISE DE 1820 A 1830 (1)

Par Em. CHAUFFARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8°. Paris, 1877. Librairie J.-B. Baillière et fils.

Dans le premier paragraphe de cette remarquable étude, M. Chauffard rappelle dans quel milieu médical Andral fit son apparition. Deux écoles rivales divisaient et enflammaient les esprits; l'une avait pour chef Broussais et s'était donné le nom d'*École physiologique*; l'autre marchait sous la bannière de Bayle et de Laënnec, et avait écrit sur son drapeau : *Anatomie pathologique.* M. Chauffard a le bonheur d'être trop jeune pour avoir assisté aux luttes de ces deux écoles. Ne nous faisant pas plus vieux que nous ne le sommes, nous ne dirons pas non plus que nous en avons été les témoins; mais d'après ceux — les témoins — qui vivent encore, d'après tous ceux que nous avons connus et qui nous ont transmis par l'enseignement oral ou écrit l'histoire de cette époque mémorable, nous osons affirmer que M. Chauffard en a peint un tableau fidèle et qui fait revivre ces temps déjà si loin de nous.

Ces belles pages, où sont décrits et appréciés avec une complète impartialité les faits de l'époque la plus mouvementée peut-être de notre histoire médicale, et où les personnages du drame sont présentés sous leur jour véritable, ces belles pages, disons-nous, sont dignes de vivre et pourront servir à l'historien futur de notre science.

Voici en quels traits M. Chauffard a peint les deux écoles auxquelles nous faisions allusion tout à l'heure :

« . . . . L'une, école de travail, de recherches, de distinctions minutieuses, digne, patiente et calme dans ses œuvres, réunissant autour d'elle une jeunesse laborieuse, toute vouée à la science, qui recueillait de longues observations, s'attachait à bien reconnaître les caractères extérieurs des lésions et les signes par lesquels elles se révèlent chez le malade, trop absorbée peut-être par l'étude du fait, trop éloignée des idées générales, mais préservée, par cela même, des témérités de l'esprit de système.

« L'autre école, fondée sur une physiologie systématique à laquelle devaient se soumettre tous les faits pathologiques, affirmant une explication simple, facile à saisir, unique, de tous les faits de la santé et de la maladie, entraînant la foule par les séductions d'une interprétation nouvelle, prétendant reconstituer toute la médecine, pénétrer de clarté toutes les régions obscures de la science et de l'art, ardente et habile à la polémique, méprisant le passé, déversant le sarcasme sur les réputations les plus respectées comme était celle de Pinel, puissante dans ses invectives, accablant d'épithètes inattendues, mais portant coup, tous ceux qui ne se rendaient pas, ayant réussi à faire considérer comme ennemis de tous les progrès modernes les ennemis de la physiologie de l'irritation, matérialiste en philosophie, révolutionnaire en politique, cette école, sortie du Val-de-Grâce, exerçait une domination prestigieuse, fascinant parfois, et entraînant ceux-là mêmes qui luttaient contre elle. »

Et remarquez comme plus ça change plus c'est toujours la même chose ! L'observation, la tradition, qui, contre Broussais, luttaient alors sous le drapeau de Laënnec, de Bayle, et de toute cette école qui devait s'appeler l'École de Paris, qu'en disait, et comment les désignait au mépris public l'école de Broussais? C'étaient des rétrogrades, des ignorantins ; c'étaient des jésuites, le plus gros mot de l'époque, comme aujourd'hui le mot clérical. Hélas ! oui, l'intolérance est de tous les temps, de toutes les religions, de toutes les philosophies, pourquoi est-on obligé d'ajouter : de toutes les sciences ? En s'en rapportant aux récits et aux écrits du temps, il faut reconnaître que le calme, la dignité, la mesure, restèrent du côté de Laënnec et de son école, qui eurent pour principaux adeptes Chomel, Louis et Andral. L'*examen des doctrines* de Broussais, surtout dans ses derniers volumes, où il exhala toute sa bile, au point de vue littéraire, est certainement un éloquent pamphlet, mais, au point de vue médical, n'est qu'un injurieux libelle dont le temps a déjà fait justice.

Le paragraphe suivant est entièrement consacré par M. Chauffard à l'appréciation de la *Clinique médicale* d'Andral. Le respect et la déférence pour le grand maître y sont poussés jusqu'à la piété. M. Chauffard, en effet, explique et justifie même les hésitations et les tergiversations d'Andral en face de la question alors brûlante des fièvres essentielles. On sait que, dans la première édition de sa *Clinique*, Andral admit le groupe des fièvres essentielles ; que, dans la deuxième édition, il rejeta cette classification, tout en conservant les mêmes observations qu'il éparpilla dans les groupes des maladies de l'abdomen, de la poitrine et de l'encéphale ; que,

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 octobre.

dans la troisième édition et dans les deux suivantes enfin, il revint à la classification première et restitua le groupe des fièvres continues essentielles.

Pas plus que M. Chauffard, nous ne sommes tenté d'incriminer ces modifications, si étranges qu'elles paraissent au premier aspect. Elles sont, pour nous comme pour lui, un résultat nécessaire des conditions et des circonstances dans lesquelles Andral se trouvait placé. Elles témoignent aussi de sa bonne foi et de son désir ardent, qui a été celui de toute sa vie, de concilier le progrès, pour lequel il montrait une généreuse ardeur, avec la tradition, pour laquelle il professait un culte respectueux. Ces modifications, d'ailleurs, n'étaient rien moins que doctrinales, elles étaient tout simplement de classification, et quand on lit les critiques que faisait Andral des doctrines et des théories de Broussais relativement à la non-essentialité des fièvres, on est bien vite convaincu qu'Andral n'avait rien sacrifié à la liberté d'examen. Aussi est-ce avec justice qu'on peut dire avec M. Chauffard :

« . . . . . Il n'était pas une de ces critiques qui ne dût donner à réfléchir à ceux qui n'avaient pas cédé à un entraînement sans retour. Quoi! toutes ces fermes assertions de la médecine nouvelle étaient démenties par un jeune médecin dont chacun vantait la sincérité, la haute intelligence, l'ardeur au travail! Que Laënnec laissât percer sans ménagements le dédain scientifique que lui inspirait ce physiologisme moins nouveau qu'il ne semblait, œuvre surannée d'un Themison moderne, cela étonnait peu; car, entre ces deux chefs d'école, la guerre était ouverte sans trêve ni merci. Mais un médecin qui n'était pas encore engagé dans aucune de ces bruyantes querelles, qui n'était connu que par un travail infatigable, par une dignité remarquée de caractère, par une instruction dont l'étendue perçait dans tout ce qu'il écrivait, par le culte de l'observation; qu'un tel médecin osât ainsi contredire, une à une, les croyances médicales les plus en faveur, quels étonnements cela devait susciter chez ceux qui restaient hésitants; quelle défection cela devait provoquer en ces temps de mêlée où souvent les combattants se connaissaient si mal, quelles colères chez ceux qui formaient l'ardente milice que commandait l'impérieux Broussais! Aujourd'hui nous jouissons paisiblement des vérités acquises; elles nous permettent de poursuivre d'autres travaux; et elles nous semblent si manifestes que nous avons peine à comprendre comment elles ont pu être à ce point méconnues. Beaucoup d'entre nous ont presque oublié ces luttes qui semblent d'un autre siècle; plusieurs même, nouveaux venus, ignorent ce qu'elles furent réellement, et combien furent obscurcies, durant une trop longue suite d'années, les plus lumineuses traditions. Ils ne savent pas quels efforts il a fallu pour restituer tout l'ensemble des vérités médicales qui semblaient englouties pour toujours. Il est bon de remettre en lumière de tels efforts, qui furent la gloire des meilleurs maîtres d'alors. — Nul dans cette œuvre de restauration n'exerça une action plus efficace, plus soutenue, que l'auteur de la *Clinique médicale*. »

Continuons avec M. Chauffard l'examen de l'œuvre d'Andral.

(*A suivre.*) A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire. — De l'éviscération du fœtus dans certains cas de présentation de l'épaule avec procidence du bras. — Abcès des os. — Variété peu commune d'engorgement des grandes lèvres chez une petite fille de 10 jours.

M. Guéniot lit, au nom de M. le docteur Lizé, du Mans, membre correspondant, une observation d'éviscération du fœtus dans un cas de présentation de l'épaule, avec procidence du bras.

Il s'agit d'une jeune femme primipare, habitant la campagne, assistée, pendant le travail de l'accouchement, par une sage-femme peu expérimentée dans la pratique de son art. Pour accélérer un travail qui se prolongeait outre mesure, la sage-femme commit l'imprudence d'administrer le seigle ergoté, bien qu'il lui eût été impossible de reconnaître par le toucher quelle était la partie qui se présentait. L'ergot de seigle ne fit qu'augmenter les douleurs sans accélérer le travail, et, lorsque M. Lizé fut appelé enfin auprès de la malade, il trouva la matrice en état de rétraction tétanique et à peu près complétement vide d'eau amniotique. Il constata une présentation de l'épaule avec procidence du bras, et ne croyant pas pouvoir, dans les conditions de rétraction de l'utérus, terminer l'accouchement par la version, il pratiqua l'éviscération de l'enfant; après quoi, à l'aide d'un crochet, il parvint à amener au dehors le petit cadavre plié en deux. La malade se rétablit.

M. Guéniot, dans les quelques observations dont il a fait suivre la lecture du travail de

M. Lizé, a dit qu'il ne regardait pas comme impossible la manœuvre de la version dans les cas de tétanos utérin à la suite de l'écoulement des eaux et de l'administration du seigle ergoté. Suivant lui, dans ces conditions, l'introduction de la main dans la matrice est toujours possible, quoique difficile et dangereuse.

Dans un cas de ce genre, M. Depaul, après avoir pratiqué l'éviscération, fut obligé de recourir à la version, qui fut extrêmement longue et difficile à pratiquer, car il s'agissait d'un cas de bassin vicié et de présentation de l'épaule, avec rétraction tétanique de l'utérus dont les eaux s'étaient prématurément écoulées. M. Depaul dut épuiser ses forces musculaires pour terminer cette version laborieuse.

Dans un travail qu'il a lu hier à l'Académie de médecine, M. Guéniot propose, pour ces cas difficiles, un procédé particulier de version qui consiste à aller d'emblée à la recherche du siége du fœtus, à introduire le doigt indicateur dans l'orifice anal, et à tirer avec son aide, soit sur le coccyx, soit sur l'arcade pubienne. On arrive ainsi à mener à bien la manœuvre de la version.

— M. Desprès communique une observation d'abcès des os qui lui a paru digne d'intérêt.

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans qui, à l'âge de 17 ans, c'est-à-dire à une époque où le développement du système osseux n'est point encore achevé, s'était fait une fracture de la jambe. Cette fracture avait été traitée à la campagne; la jambe était restée longtemps dans l'appareil, puis la guérison ayant paru assurée, le malade s'était mis à marcher. Mais la jambe fracturée conservait un volume plus considérable que l'autre. Au bout de deux ans, des douleurs se manifestèrent dans ce membre, puis un abcès se déclara à son extrémité inférieure. L'abcès s'ouvrit et se cicatrisa sans élimination de séquestre. Le malade reprit son travail.

Depuis cinq mois, ce jeune homme éprouvait des douleurs d'une excessive violence au niveau de la partie moyenne de la jambe, qui présentait une tuméfaction fusiforme du tibia, lorsqu'il vint à la consultation de M. Desprès à l'hôpital Cochin. S'aidant des commémoratifs et après un examen approfondi du malade, M. Desprès diagnostiqua un abcès du tibia dont il a pratiqué hier l'ouverture, au moyen de l'application d'une couronne de trépan de 13 millimètres de diamètre. Il est tombé juste sur un abcès, conformément au diagnostic qu'il avait porté. La cavité de l'abcès aurait pu contenir une noisette. Depuis l'opération et l'évacuation d'une cuillerée à café environ de pus, le malade se trouve considérablement soulagé.

Ce petit abcès, situé dans l'intérieur de l'os, à une certaine distance du canal médullaire, est analogue, suivant M. Desprès, aux abcès osseux décrits par Nélaton, et dont M. Édouard Cruveilhier a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Diverses opinions ont été émises sur leur mode de développement. Pour les uns, ils sont le résultat d'une névrose centrale terminée par la disparition du séquestre; pour d'autres, ils sont le produit d'une ostéite interstitielle avec résorption du tissu osseux par un mécanisme analogue à celui de la carie.

Selon M. Desprès, qui croit devoir proposer une théorie nouvelle, qui lui a été suggérée par la méditation de ce fait, voici comment les choses se seraient passées chez son malade : Il y aurait eu d'abord ostéite condensante par suite de la fracture incomplétement traitée et ayant laissé après elle un gonflement uniforme du tibia; ce travail d'ostéite aurait amené l'oblitération d'un canal de Havers; dans ce canal de Havers oblitéré se serait fait un épanchement de sang, lequel, retenu dans le conduit dilaté, aurait été le point de départ d'une inflammation suppurative. Telle est la théorie nouvelle des abcès des os proposée par M. Desprès.

Elle n'a point paru avoir l'approbation des collègues de ce chirurgien.

M. Duplay ne trouve aucune analogie entre le cas de M. Desprès et les observations publiées dans la thèse de M. Édouard Cruveilhier. Dans ces observations, il s'agit d'abcès épiphysaires et non d'abcès de la diaphyse. En outre, M. Duplay admet difficilement la formation d'un épanchement de sang dans un conduit de Havers.

M. Desprès répond que la plupart des observations de la thèse de M. Cruveilhier, désignées sous le nom d'abcès épiphysaires, ne sont en réalité que des abcès de la diaphyse situés, il est vrai, au voisinage des épiphyses.

M. Cruveilhier déclare qu'il s'agit bien réellement, dans sa thèse, d'abcès épiphysaires, contrairement à ce que prétend M. Desprès. Pas plus que M. Duplay, M. Cruveilhier n'admet la formation de foyers sanguins dans les canaux de Havers, admise par M. Desprès pour les besoins de sa théorie.

M. Terrier dit qu'il n'est pas nécessaire d'imaginer une théorie nouvelle des abcès des os pour expliquer le cas de M. Desprès. Dans ce cas, la fracture a été le point de départ d'une ostéite qui s'est terminée par abcès; voilà tout.

M. Houel admet trois formes d'abcès des os : 1° abcès tuberculeux à grandes cavités, dont

les parois sont denses, comme éburnées; 2° abcès du canal médullaire, indépendant des abcès des épiphyses, à parois également denses et serrées; 3° enfin abcès sous-périostés, déterminant par leur contact avec la membrane ostéogène la formation d'une nouvelle couche osseuse qui emprisonne le pus et lui donne l'apparence d'un abcès intra-osseux. C'est à cette dernière forme que semble se rapporter le cas de M. Desprès.

M. Desprès répond que la couche osseuse qui séparait le périoste de la cavité de l'abcès avait une épaisseur d'au moins 7 millimètres. C'était donc bien un abcès intra-osseux.

— M. Guéniot communique un fait qu'il a eu l'occasion d'observer, et qui lui paraît avoir beaucoup d'analogie avec celui que M. Le Dentu a fait connaître sous le titre de : *Variété peu commune d'engorgement des mamelles.*

Dans le cas de M. Le Dentu, il s'agit d'une femme de 70 ans, dont l'un des seins fut pris d'engorgement considérable avec tuméfaction générale de l'organe. M. Le Dentu crut à un phlegmon; mais, au bout de quatre ou cinq jours, au lieu de la suppuration attendue, il se fit une résolution rapide de la tuméfaction, tandis que celui du côté opposé devenait le siége d'un engorgement semblable, lequel se termina de la même façon. Sur l'un des membres supérieurs se manifesta ensuite un œdème considérable, mou, avec dépressibilité des tissus, puis tout disparut rapidement, et la malade fut définitivement guérie.

M. Guéniot a observé un fait analogue, avec cette différence qu'il s'agit ici non d'une vieille femme, mais d'une petite fille de 10 jours, non d'un engorgement des mamelles, mais d'un sclérème inflammatoire des grandes lèvres.

La petite malade, au moment où elle fut apportée à M. Guéniot, à l'hôpital des Enfants, portait les signes d'une altération profonde de la nutrition; elle avait, en outre, à la région lombo-sacrée, un abcès avec décollement des tissus que M. Guéniot dut inciser. Il constata en même temps une tuméfaction d'apparence inflammatoire de la grande lèvre droite qui lui fit penser à l'existence d'un abcès. Des cataplasmes furent appliqués ; la grande lèvre devint énorme, très-rouge, et cependant rénitente, sans le moindre signe de fluctuation. Peu de jours après elle commença à diminuer de volume, tandis que l'autre grande lèvre se tuméfiait à son tour. La tuméfaction disparut complétement dans la première, parcourant les mêmes phases dans la seconde, et disparut également au bout de quelques jours. Puis les deux membres inférieurs devinrent le siége d'un gonflement œdémateux, rouge, ayant aussi le caractère d'un phlegmon diffus; puis la tuméfaction diminua et se termina par résolution.

Les grandes lèvres se reprirent de nouveau des mêmes symptômes, qui se dissipèrent de même. Il y eut ainsi plusieurs alternatives de tuméfaction inflammatoire et de résolution, puis tout rentra dans l'ordre. Mais l'enfant succomba aux progrès de la cachexie.

A l'autopsie, il fut impossible à M. Guéniot, malgré les recherches les plus minutieuses, de trouver la moindre trace d'une ouverture quelconque d'abcès; il ne trouva rien non plus du côté des os ni du côté du système lymphatique. Il constata seulement des signes d'atélectasie dans les deux poumons.

Ce cas, suivant M. Guéniot, est tout à fait comparable, sous le rapport des symptômes et de la marche des phénomènes, à celui que M. Le Dentu a fait connaître sous le titre de : *Variété peu commune d'engorgement des mamelles*, sauf la différence d'âge du sujet et de siége du mal.

Dr A. Tartivel,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

Liqueur des teigneux.

Houblon et petite centaurée. *ãã*	32	grammes.
Écorce d'oranges amères.	8	—
Carbonate de potasse.	1	—
Alcool à 32 degrés.	580	—

On laisse en contact pendant huit jours; on passe et on filtre.

Cette teinture est employée pour le traitement de la teigne, dans les hôpitaux de Paris, à la dose de 32 grammes, dans un véhicule approprié. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 9 Octobre 1789.

La *Gazette de santé* analyse un ouvrage curieux, portant ce titre : *Kankheits geschichte*, c'est-à-dire : Histoire de la maladie à laquelle a succombé Frédéric II, roi de Prusse, ce

prince guerrier, philosophe, littérateur, l'ami de Voltaire. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ne se plaindront pas de la longueur de ce morceau :

« Le Roi de Prusse avoit éprouvé dans le premier âge une foiblesse et une irritabilité d'estomac qui sont ordinaires aux personnes goutteuses; il avoit souvent besoin de recourir aux évacuans; mais ses intestins étoient si irritables que quatre ou cinq grains de rhubarbe suffisoient pour le purger. A l'âge de vingt-huit ans la goutte devint régulière, et à trente-six il fut paralysé de la moitié du corps; mais un régime et un traitement convenables ne laissèrent plus de traces de cette maladie le reste de sa vie. A l'âge de soixante-quatre ans M. Selle fut consulté pour la première fois; le Roi se plaignoit seulement d'une certaine langueur, et de temps en temps de douleurs de colique; mais comme il croyoit peu à la Médecine, il attribua ces indispositions aux hémorroïdes. M. Selle n'y vit au contraire que l'approche graduée de la vieillesse et la foiblesse des organes de la digestion.

« Au printemps de l'année 1785 l'attaque de goutte fut plus douce, et au mois de Juin le Roi, suivant sa coutume, fit usage des eaux acidules d'Égra, et il consulta M. Selle sur ce qu'elles n'avoient pas produit leur effet évacuant ordinaire; il l'attribuoit aux obstructions des viscères, et sur-tout du foie; mais M. Selle, bien plus clairvoyant, la rapporta à la diminution de sensibilité, et conseilla la rhubarbe avec l'exercice du cheval. Les retours de la colique et de la diarrhée produisirent plus de langueur, et le Roi supposa alors sa maladie au-dessus des ressources de la Médecine. L'avis de M. Selle fut, je ne sai sur quel fondement, de recourir à la saignée, qui étoit le remède ordinaire, et d'y joindre par intervalles l'usage des émétiques. Cothénius, appelé alors pour la première fois, approuva le premier remède, mais préféra au second, quelques extraits et le sagapenum. Durant son voyage en Silésie le Roi fut souvent mouillé, et le froid qu'il éprouva produisit quelques mouvemens fébriles qui fixèrent peu son attention. Le 18 de Septembre il fut attaqué d'un asthme convulsif qui, quoique soulagé par l'usage des émétiques, doit être regardé comme la date de sa dernière maladie. Il étoit probable que cet asthme venoit de la goutte, car il étoit accompagné de douleurs erratiques; mais la Nature n'étoit point assez forte pour repousser cette affection aux extrémités, et il restoit toujours une toux incommode avec des crachats sanguinolens et une augmentation de langueur des organes de la digestion. L'usage du sel de Glauber à petites doses fut prescrit, et celui de la rhubarbe interposé tous les cinq ou six jours. L'oximel scillitique fut aussi employé avec succès pour favoriser l'expectoration; mais les astringens chauds produisoient des hémorroïdes.

« La difficulté de respirer augmentoit, et on ajouta la terre foliée de tartre avec l'extrait du mille-folium et le baume de soufre, au sel de Glauber. Les nuits étoient agitées, la toux très-incommode, et ce qui faisoit encore soupçonner un épenchement d'eau dans la poitrine, c'étoit un sentiment manifeste de pesanteur sur le diaphragme. Les sels neutres et la rhubarbe furent continués, et les vésicatoires appliqués à la partie inférieure des jambes soulagèrent tellement la poitrine que le sommeil devint tranquille. MM. Selle et Cothénius prescrivirent tour-à-tour des apéritifs et des incisifs; mais Frédéric, qui étoit aussi absolu en Médecine que dans la guerre, ne vouloit s'assujettir à aucune méthode régulière de traitement. En Février 1786, l'agitation de la nuit et la difficulté de respirer devinrent plus violentes. Les remèdes qui parurent efficaces furent une nouvelle application des vésicatoires et des lavemens d'assa fœtida; mais le soulagement étoit court, et on ne pouvoit que mal augurer des palpitations du cœur qu'il éprouvoit le matin, de son essouflement lorsqu'il marchoit, de l'intermittence et de l'irrégularité de son pouls au moindre mouvement, de ses vertiges, de son assoupissement et autres symptômes d'une hydropisie de poitrine. Les remèdes usités devinrent moins efficaces. Les jambes s'enflèrent, et l'état du Roi devint de plus en plus alarmant. Au mois de Mars, les congestions du sang vers la tête parurent demander la saignée; mais elle fut sans effet, et une diarrhée naturelle sembla prévenir une apoplexie imminente.

« Au mois d'Avril, les attaques d'asthme convulsif se renouvellèrent, et elles furent accompagnées d'un sentiment de pesanteur de tête et d'une expectoration sanguinolente; mais ces symptômes furent soulagés par une diarrhée spontanée et l'application des sangsues au rectum. Le Roi s'étant refusé à une prescription du Docteur Selle, fit appeler de nouveau Cothénius, qui prescrivit des stimulans chauds, des toniques et des carminatifs. Le 28 Avril, après un accès de fièvre, la jambe droite s'enfla jusqu'au genou; mais le retour de la diarrhée avec ses avantages ordinaires donnèrent de nouvelles espérances. Le Roi fit usage du tartre vitriolé, et le changement en mieux dura trois semaines; mais à la cessation de la diarrhée les symptômes se renouvellèrent avec la plus grande violence. Le célèbre Zimmerman, qui fut alors appelé, conseilla le suc de dent-lion ou pissenlit. On ne peut plus alors dissimuler l'hydropisie de poitrine, et le Roi demanda d'user des plus forts diurétiques; de ce nombre étoient les pilules toniques de Bacher, la scille et la liqueur anodine d'Hoffmann. Ces remèdes produisirent peu d'effet; mais une tumeur érésipélateuse qui survint à une jambe, et qui

paroissoit d'une nature goutteuse, produisit un soulagement marqué. Un abscès au dos, qui promettoit d'abord quelque avantage, fut à la fin nuisible, et il n'y avoit d'autre moyen efficace que la diarrhée spontanée qui se déclaroit de temps en temps; mais les symptômes augmentoient à chaque retour de la fièvre, et c'est dans un de ces accès que le Roi termina sa glorieuse carrière. » — A. Ch.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République en date du 3 octobre 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et vu l'avis du Conseil de l'ordre, ont été nommés chevaliers dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

M. Chedevergue (Samuel), professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers; 12 ans de services. Services exceptionnels.

M. Caventou (Eugène), membre de l'Académie de médecine; titres exceptionnels : travaux nombreux de chimie et de pharmacie.

Magitot (Louis-Félix-Émile), membre des Sociétés de chirurgie, de biologie et d'anthropologie, lauréat de l'Institut : titres exceptionnels.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 12 octobre 1877.

Ordre du jour : Élection de trois membres titulaires. — Cas d'anévrysme de l'aorte traité par l'électrolyse, par M. Dujardin-Beaumetz. — Communication sur le tænia, par M. Laboulbène. — Communications diverses.

Asile Sainte-Anne. — M. le ministre de l'intérieur a visité hier l'asile départemental des aliénés de Sainte-Anne, faubourg Saint-Jacques. Il a été reçu par M. Ferdinand Duval, préfet de la Seine, et par M. Tambour, secrétaire général de la préfecture.

Après avoir parcouru les divers quartiers et visité les services installés dans les bâtiments récemment achevés, M. le ministre a remis, au nom du maréchal Président de la République, la décoration de chevalier de la Légion d'honneur à M. Leblond, directeur de l'établissement.

Dans cette visite, qui a duré plus de deux heures, M. de Fourtou était accompagné de M. le comte de Montferrand, chef de son cabinet, de M. Durangel, directeur de l'administration générale et départementale, et de M. Follet, sous-directeur.

Un centenaire. — Le capitaine Frédéric Lahrbusch, né à Londres, le 9 mars 1766, vient d'atteindre l'âge fabuleux de 111 ans. Entré au service à 23 ans, il a parcouru le monde entier, a fait partie de la garde de Napoléon à Sainte-Hélène, et a fini par venir se fixer à New-York.

Pendant soixante-dix ans, le capitaine Lahrbush n'a pas cessé de faire usage de l'opium. C'est en 1807, aux Indes, qu'il contracta cette habitude. Au début, il ne prenait que des doses faibles, un demi-grain tout au plus, et encore n'était-ce pas tous les jours. Mais, peu à peu, les doses augmentèrent. De 1 grain, il arriva progressivement à 20, à 36 grains. Enfin, en 1856, il atteignait la dose énorme de 86 grains par jour. Un médecin qu'il consulta à cette époque, et qui n'a pas cessé depuis de lui donner des soins, parvint à réduire peu à peu la dose, mais sans faire renoncer complétement le capitaine à son narcotique favori.

Les effets de cette étrange habitude ont été les suivants : la constipation a été constante au point de produire fréquemment une grosse tumeur dans l'intestin côlon. Chaque fois que le malade restait quarante-huit heures sans prendre d'opium, il se déclarait une diarrhée abondante avec un grand malaise général. A part cela, la santé s'est toujours maintenue bonne.

La dernière fois que M. Mattison vit le capitaine, c'est-à-dire le 31 mars dernier, il était sur le point de succomber à une congestion pulmonaire. On attendait la mort d'un instant à l'autre.

Ce cas est certainement unique dans la science, d'abord par les doses énormes atteintes par le capitaine Lahrbush, et ensuite par l'âge extraordinaire auquel il était parvenu.

Cours d'anatomie et dissections. — M. le docteur Fort recommencera ses cours le lundi 29 octobre, à l'École pratique. Les dissections commenceront le 22 octobre. — On s'inscrit le matin, 21, rue Jacob.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le docteur Leven, qui étudie avec zèle et persévérance les maladies gastro-intestinales, et qui a déjà communiqué à l'Académie plusieurs mémoires intéressants sur ce sujet, a lu un nouveau travail relatif à la dyspepsie flatulente et à l'origine des gaz gastro-intestinaux. Des recherches de ce distingué confrère, il résulterait que les aliments ne joueraient qu'un rôle très-secondaire dans la production des gaz intestinaux, et que le sang en exhalerait une grande partie, l'autre partie étant fournie par l'ingestion de l'air atmosphérique. M. Leven a multiplié les expériences pour arriver à ce résultat. On sait le rôle que l'ancienne pathologie attribuait à toute une classe d'aliments sur la production des gaz intestinaux. M. Leven les a dépouillés sans pitié de cette propriété. Il n'y a plus d'aliments *venteux;* mais, par compensation, il n'y a plus de médicaments antiventeux, de poudres absorbantes, etc. Il nous a semblé que M. Leven, qui peut avoir raison au fond, n'a pas fait de grands efforts d'érudition, et n'a pas tenu compte des travaux antérieurs, sur ce sujet, de Combalussier, de Demarquay et d'autres encore. A une simple audition, il ne nous a pas été non plus possible de comprendre quel rôle il fait jouer à l'élément névropathique dans la production des gaz intestinaux. Il est probable que ce côté de la question n'aura pas échappé à un observateur aussi attentif.

C'est sur un ordre bien différent d'idées que M. Gallard a appelé l'attention de l'Académie. M. Gallard est candidat dans une section qui a pour vocable : l'hygiène, la médecine légale et la police médicale. Or, c'est sur cette dernière partie des attributions de la section, partie bien négligée, et très à tort selon nous, que M. Gallard a lu un mémoire étendu. Plusieurs motifs nous font un devoir de nous abstenir de toute appréciation de ce travail. M. Gallard est un candidat dans la section, et nous avons pour habitude d'indiquer seulement les communications des candidats. M. Gallard est notre collaborateur, et les convenances exigent de nous une grande discrétion sur l'appréciation des travaux de nos collaborateurs. M. Gallard est notre médecin, et nous ne voulons pas laisser croire que notre reconnaissance exerce une pression sur notre jugement. Enfin, M. Gallard a donné, à des opinions que nous défendons depuis longtemps, l'autorité de son talent et de sa compétence; de sorte qu'en faisant l'éloge de son travail, nous aurions l'air de nous

FEUILLETON

UNE EXCURSION AU MONT-DORE ET A LA BOURBOULE

A M. LE DOCTEUR AMÉDÉE LATOUR.

Comme le personnage de Nadaud qui ne pouvait pas se consoler de n'avoir pas vu Carcassonne, et avec plus de raison que lui, je trouvais un peu humiliant pour un vétéran de la médecine hydrologique de n'avoir pas encore visité nos deux importantes stations thermales du Mont-Dore et de la Bourboule. Mais ce n'est pas chose facile, quand on est rivé à la chaîne d'une naïade très-exigeante, de s'échapper, même pendant trois jours, comme je viens de le faire, et, quelque diligence que j'y ai mise, je suis arrivé trop tard. Le 12 septembre, il n'y avait plus personne au Mont-Dore, médecins et malades avaient pris leur vol vers des régions moins élevées, et notre ami Richelot lui-même, rappelé par un devoir impérieux, m'avait croisé sur la route.

J'ai eu cependant la bonne fortune, dans cette détresse, de rencontrer dans la cité thermale illustrée par Michel Bertrand, un confrère qui y passe toute l'année et qui, bien qu'appartenant à la dynastie du célèbre hydrologue et pouvant élever son ambition plus haut, se contente de la clientèle indigène et dirige en même temps, et avec succès, un des meilleurs hôtels de l'endroit. *Trahit sua quemque voluptas.*

C'est donc sous les auspices de cet aimable confrère, M. le docteur Léon Chabory, que j'ai visité l'établissement thermal du Mont-Dore. Ce n'est pas aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE

louanger nous-même. Voilà donc pour nous bien des motifs d'abstention ; mais nous ne blesserons sans doute aucune convenance en recommandant ce travail de M. Gallard à la sérieuse attention de la section académique et à celle de nos lecteurs.

M. Woillez a été appelé à lire un rapport sur un mémoire relatif à l'étiologie et à la prophylaxie de la fièvre typhoïde, mémoire communiqué à l'Académie par M. le docteur Pagès, un vénérable confrère, un des doyens de la confrérie, et qui, pendant un demi-siècle, a rempli avec zèle et dévouement les fonctions de médecin de l'hôpital d'Alais. Les conclusions favorables du rapport ont été adoptées par l'Académie.

M. Mialhe a terminé la séance par la lecture d'un mémoire étendu relatif à l'action des alcalins sur l'économie animale. Ce mémoire est un hymne en faveur des alcalins en général, et de l'eau de Vichy en particulier. Ce mémoire, riche en faits et corroboré par une théorie de chimie physiologique fort séduisante, a pour but de combattre le discrédit que Trousseau avait jeté sur les alcalins en les accusant de rendre le sang diffluent, avec toutes les conséquences de cette altération dans la composition de l'humeur vitale par excellence.

M. Gubler semble vouloir faire, dans la prochaine séance, quelques réserves sur ce travail de l'honorable M. Mialhe.

On voit que, pour une séance de vacances, celle-ci a été très-bien remplie.

A. L.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République en date du 2 octobre 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, et d'après l'avis conforme du Conseil de l'ordre, a été nommé dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : M. Rabot-Delaunay (Jean-Eugène), pharmacien à Versailles (Seine-et-Oise) : secrétaire du Conseil central d'hygiène depuis dix-huit ans, ex-inspecteur des ambulances volantes de Seine-et-Oise ; a montré le plus grand dévouement pendant l'invasion.

Service de santé de la marine. — Par décision en date du 5 octobre 1877, rendue sur la proposition du ministre de la marine, les promotions suivantes ont eu lieu dans le service de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe : 2e tour (choix). Cerf-Mayer (Jules) ; — 1er tour (ancienneté). Maréchal (Firmin-Marie-Jules) ; — 2e tour (choix). Baquié (Charles-Henri).

---

qu'il est nécessaire de parler en détail de ces eaux depuis longtemps célèbres. Notre cher gérant, qui en est le médecin inspecteur, nous en a souvent entretenus, et je suis très-disposé à m'associer à ses opinions à ce sujet ; je suis cependant obligé de dire que ma première impression a été celle-ci : Le Mont-Dore a fait comme nous, mon cher confrère, il a un peu *grisonné*, et si, en matière de médecine, on peut se rattraper sur sa vieille expérience, sur sa notoriété, il ne faut pas oublier que, pour les eaux minérales comme pour la plus belle moitié du genre humain, les charmes de la jeunesse et les ressources de la toilette ne sont pas sans influence sur le succès.

C'est là, j'en suis sûr, ce dont on s'est aperçu au Mont-Dore en présence de la vogue récente de la jeune voisine qui s'appelle la Bourboule. Une louable émulation a stimulé l'administration départementale qui semblait un peu endormie, un nouveau concessionnaire, intelligent et hardi, a pris en mains les rênes de ce petit gouvernement, et s'est engagé à faire pour sept cent mille francs de travaux, dont un casino, ce complément aujourd'hui indispensable de toute station thermale qui se respecte. Pour ce qui concerne l'aménagement thermal proprement dit, d'importantes améliorations ont déjà été exécutées ; les salles d'aspiration, de pulvérisation, etc., ont été complétées ; une nouvelle galerie de bains a été construite. Seulement, à voir quelques détails, je crains bien qu'au Mont-Dore, comme à Paris, quand il s'agit de construire un hôpital, l'opinion médicale soit reléguée au second plan et l'élément *truelle* impose sa tyrannique domination. J'ai remarqué, pour les nouveaux cabinets de bains des portes *en fer* qui ne seraient pas déplacées à la Conciergerie, dont je ne comprends pas la nécessité, et qui, certainement, n'auront l'approbation ni des médecins ni des malades.

La vallée qui sépare le Mont-Dore de la Bourboule est certainement un des plus jolis sites

PATHOLOGIE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE; DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV. — THÉORIE DE L'ANÉMIE CÉRÉBRALE ET DE LA MYOCARDITE.

4° *Théorie de l'anémie cérébrale et de la myocardite.* — Pourquoi la mort subite est relativment plus rare dans la variole, où les lésions musculaires sont aussi fréquentes que dans la fièvre typhoïde. — Anémie cérébrale, lésions de l'encéphale (Popoff); lésions du myocarde, endartérite des coronaires (myocardite et anémie du cœur). — La syncope se maintient et devient mortelle parce que l'anémie cérébrale est préexistante, et que les deux causes de syncope se trouvent réunies (dégénérescence ou anémie du cœur et ischémie cérébrale). — Rareté de la mort subite chez les enfants, dans la fièvre typhoïde. — Conclusions. — Observations d'urémie dans la fièvre typhoïde.

Nous avons vu que, jusqu'ici, aucune théorie sur la pathogénie de la mort subite n'a pu nous satisfaire. Comprises dans un sens général, les trois opinions que nous venons de passer en revue renferment une partie de la vérité; toutes les trois elles s'appuient également sur la physiologie et sur l'observation des faits; l'une comme l'autre, elles expliquent parfaitement la production de la syncope, et il n'est douteux pour personne que cet accident doive ou puisse se montrer par le mécanisme de l'action réflexe, ou sous l'influence d'une dégénérescence des fibres du cœur, ou encore par le fait d'une anémie cérébrale. Il n'y a rien, en un mot, qui soit jusqu'ici spécial à la fièvre typhoïde; ce qui le prouve, c'est que des syncopes peuvent se produire et se produisent même souvent à la suite de maladies de longue durée. Mais elles entraînent rarement la mort, ce qui les distingue de celles qui surviennent dans la convalescence de la dothiénentérie. Pourquoi cette différence? Pourquoi donc ici la syncope est-elle promptement et si souvent mortelle, tandis que là elle ne constitue qu'un accident passager et de légère importance? Pourquoi, dans un cas, l'arrêt du cœur a-t-il une tendance naturelle à se prolonger, à devenir permanent, tandis que, dans l'autre, il disparaît de lui-même ou par les effets seuls de la position déclive? C'est ce que nous allons tâcher d'expliquer.

Un fait nous avait déjà frappé depuis longtemps; dans la variole, c'est-à-dire

(1) Suite. — Voir les numéros du 15, 25 septembre, 2, 4 et 6 octobre.

---

de ce pays si pittoresque qui s'appelle l'Auvergne; pendant 6 kilomètres, on longe le cours encore bien humble d'un limpide ruisseau, qui s'appelle déjà la Dordogne, mais qui est encore bien loin des régions où elle deviendra la rivale de la Garonne; puis la vallée s'élargit, et l'on voit une agglomération de coquettes maisons pour la construction desquelles on a eu la bonne idée de préférer une jolie pierre blanche à cette sombre pierre volcanique jusqu'alors exclusivement employée en Auvergne.

Nous sommes à la Bourboule.

C'est là cette source puissante dans laquelle, il y a près d'un demi-siècle, Thénard découvrait une quantité d'arsenic inconnue jusque-là dans aucune eau thermale. Mais l'arsenic n'était pas encore à la mode en thérapeutique; c'est à peine si on le soupçonnait dans les eaux du Mont-Dore, depuis longtemps célèbres. Il n'y a pas quinze ans, la Bourboule était encore une obscure et malpropre bourgade qui n'était qu'un but d'excursion pour la riche clientèle du Mont-Dore, et dont les richesses thermales n'étaient guère employées que par les paysans de l'Auvergne en compagnie de leurs bestiaux. Mais, sous l'impulsion active d'un jeune médecin du pays et avec le concours de quelques praticiens autorisés de Paris, et surtout avec le nerf de toutes choses, l'argent apporté par quelques spéculateurs bien avisés, en quelques années les hôtels s'élevèrent comme par enchantement, et la Bourboule, profitant avec opportunité de la vogue donnée à la médication arsenicale, devint rapidement une importante station thermale.

C'était là une concurrence sérieuse pour la station voisine du Mont-Dore, concurrence qui, au demeurant, aura eu d'heureux résultats pour tout le monde, puisque la Bourboule a pu se développer rapidement sans nuire à son aînée, et en lui rendant plutôt le service de stimuler son émulation.

dans la maladie où l'on observe aussi fréquemment que dans la dothiénentérie des altérations inflammatoires des muscles, la mort subite est certainement plus rare. Une exception à cette remarque ne peut être faite qu'en faveur des formes hémorrhagiques.

Pourquoi, avec cette identité de lésions, cette différence dans les effets?

Est-ce parce que les varioles ont une moindre durée, et que les altérations musculaires n'ont pas eu le temps d'arriver à leur degré ultime? Le fait est vrai, mais l'explication est fausse. On trouve en effet tous les jours dans la fièvre typhoïde, à la suite de la mort subite, des cœurs à peine altérés, parfois même moins altérés que dans la variole. Si dans cette dernière maladie le dénouement subit est plus rare, c'est qu'elle a une durée moins longue, c'est qu'elle atteint moins profondément la nutrition de l'individu, et c'est surtout qu'elle est moins anémiante. Si vous avez bien observé des convalescents de variole, même grave, vous n'avez pas vu au même degré ces accidents d'anémie (1) et d'ischémie cérébrale qui caractérisent la convalescence de la fièvre typhoïde.

Dans cette maladie, plus que dans toute autre maladie générale ou pyrexie, il existe une altération intime et profonde de tous les tissus. Que l'on réfléchisse à la longue durée de l'affection, aux troubles profonds apportés aux fonctions hématopoiétiques par suite de l'altération du foie, de la rate et de tous les appareils lymphoïdes, à la nutrition générale par suite des lésions souvent étendues à la surface intestinale, et l'on verra qu'il ne peut en être autrement. Y a-t-il une pyrexie où la convalescence s'accuse par des phénomènes aussi accen-

(1) Cette anémie existe dans les varioles hémorrhagiques, et c'est pour cette raison sans doute que la mort subite est un phénomène plus fréquent dans cette forme de la maladie que dans les autres. Ce serait, pour le dire en passant, une erreur de croire que la mort subite par le cœur soit le seul genre de mort que l'on observe dans les varioles hémorrhagiques. Souvent les malades succombent lentement par un mécanisme analogue à celui de l'asphyxie graduelle, ce qui se comprend, puisque l'hémorrhagie conduit à l'asphyxie, et que dans ces varioles graves le globule sanguin, paralysé comme dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, a perdu toutes ses aptitudes physiologiques. Nos observations à ce sujet confirment les remarques si judicieuses d'un éminent physiologiste, M. Paul Bert, qui a montré que, dans l'asphyxie et l'hémorrhagie, la mort survient par l'affaiblissement progressif des mouvements respiratoires, mais sans présenter ce phénomène du *dernier soupir*, qui appartiendrait, d'après lui, surtout à certains genres de mort très-brusques, et notamment à ceux qui résultent d'une action violente sur le cœur et le système nerveux central. — Voyez à ce sujet ses *Leçons sur la physiologie comparée de la respiration*. Paris, 1870, p. 431.

Je n'entrerai pas dans l'examen de la question délicate de savoir si c'est à la quantité de l'agent minéral ou aux conditions de solution, etc., qu'il faut attribuer la puissance curative de ces deux stations voisines; ces questions ont été traitées par plusieurs confrères plus autorisés que moi; je me bornerai à dire, ce que la pratique confirme, que les deux sources peuvent trouver leur utile application suivant les cas, et que les uns exigeront la note forte, tandis que, dans d'autres, c'est la note faible qu'il faudra préférer.

Mais il y a une autre question plus délicate encore et dont il faut bien que je dise un mot : ici je marche sur des charbons ardents, et l'émotion qu'ont produite sur les intérêts engagés — émotion dont la trace n'est point effacée, — les quelques lignes publiées au mois de juillet par l'Union Médicale m'imposent une réserve dont je ne sortirai pas.

Après un si long sommeil, c'est peut-être l'excès inverse qui s'est produit à la Bourboule. Deux compagnies rivales se sont trouvées en présence, des polémiques ardentes se sont engagées, chacun a voulu prétendre qu'il était exclusivement en possession de la *seule*, de la *vraie* eau de la Bourboule, on était menacé de voir apparaître les formules célèbres : « La maison n'est pas au coin du quai, etc. » Quant à moi, je suis disposé à croire que tout le monde, de ce côté, a raison et possède de la très-bonne eau de la Bourboule, car il est probable que si, à la Bourboule, comme à Néris par exemple, il y a plusieurs puits, il n'y a qu'une nappe commune.

Aussi, qu'est-il arrivé? C'est que chacun croyant user de son droit, a fait des travaux sur son terrain, et, suivant la puissance des engins employés, a tour à tour mis son voisin *à sec*. Et, ce qu'il y a de plus curieux, c'est que les deux propriétaires rivaux ne semblent pouvoir ni l'un ni l'autre bénéficier de la loi, ni invoquer le *périmètre de protection*, car ils ne sont autorisés ni l'un ni l'autre. Il y a donc là de très-grosses difficultés dont il sera difficile de

tués de dénutrition, d'affaiblissement et d'anémie? Le convalescent éprouve des éblouissements, des étourdissements, des vertiges, des lipothymies; il a la démarche incertaine, vacillante, et craint de tomber à chaque instant: l'amaigrissement a souvent fait à ce moment-là même des progrès considérables; la face est pâle, les muqueuses décolorées, et un appétit impérieux tend à réparer les pertes considérable qu'a subies l'organisme. L'examen des urines prouve qu'il s'est produit dans la dothiénentérie une dénutrition considérable (augmentation d'urée, diminution des chlorures); et un délire particulier bien étudié par Becquet (*Arch. de méd.*, 1866), des vomissements, de la diarrhée, un léger état fébrile, etc., sont des symptômes que l'on trouve surtout à la fin de cette maladie et que l'on doit rattacher à l'inanition. On peut facilement distinguer, au milieu de ce cortége symptomatique, tous les phénomènes qui sont en rapport avec l'existence d'une anémie cérébrale indéniable.

M. Laveran se demandait, il y a quelques années (1), si les divers troubles de l'intelligence, la diminution ou la perte de la mémoire qui suivent si souvent certaines dothiénentéries, ne correspondraient pas à certaines lésions jusqu'alors inconnues de la trame cérébrale. Ce désidératum vient de recevoir un commencement de satisfaction. Déjà Buhl et Hoffmann avaient noté la pigmentation des cellules nerveuses et la dégénérescence graisseuse des capillaires; M. Meynert (2) avait parlé aussi d'une dégénérescence particulière de ces cellules. Enfin Popoff, de Saint-Pétersbourg, vient de constater l'infiltration du tissu cérébral par de petits éléments cellulaires ressemblant aux corpuscules lymphoïdes ou aux granulations de la névroglie, la segmentation ou même la prolifération avancée du noyau de la cellule nerveuse et aussi la segmentation du protoplasma (3).

Ainsi donc, l'encéphale est altéré ou tout au moins très-anémié; le myocarde est altéré. Le cœur manque au cerveau, comme le cerveau au cœur. Tantôt c'est l'anémie cérébrale qui prédomine, et l'on s'explique alors parfaitement pourquoi la mort subite arrive même avec des lésions peu accusées, avec une simple ischémie du cœur, lésions incapables de produire à elles seules, dans les circonstances ordi-

(1) *Loc. cit.* (*Arch. méd.*, 1871.)

(2) *Ein Fall von Sprachstörung.* (*Wien med., jarhb*, 1866.)

(3) Popoff. *Ueber Veränderungen im Gehirn bei abdominal Typhus und traumatischen Entzündung.* (*Arch. für path. anat. und phys.*, tome LXIII, 1875, et *Revue des sciences méd.*, tome VI, p. 460.)

---

sortir si l'on n'arrive pas à une conciliation, et pour la solution desquelles Salomon ne serait pas de trop.

Le procès est actuellement devant la cour de Riom, et le jugement sera rendu après vacation par le premier président lui-même, M. Moisson, un de nos magistrats les plus distingués.

Il y a donc lieu d'espérer que, dans tous les cas, bonne justice sera faite, et que le délai probablement intentionnel auquel on s'est arrêté pour le prononcé du jugement pourra amener, ce qui serait le plus à désirer dans l'intérêt général, une conciliation.

Dr Bonnet de Malherbe,
Inspecteur des eaux de Néris.

Hygiène publique. — Une ordonnance de police du 15 juin 1862 a enjoint aux chaudronniers, étameurs ambulants et autres d'employer exclusivement de l'étain fin pour l'étamage des vases de cuivre devant servir aux usages alimentaires. Or, des analyses chimiques récemment faites par les soins du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine ont établi que très-souvent cette prescription n'était pas exécutée. Il a été, en effet, trouvé dans des échantillons de métal employé à l'étamage de vases de cuisine des quantités de plomb relativement considérables. La préfecture de police vient de prescrire une visite d'inspection à ce sujet.

— Une commission composée d'ingénieurs, d'architectes et de membres du Comité de salubrité publique vient de visiter toutes les écoles de Paris pour se rendre compte des aménagements et des conditions hygiéniques. Sur ses observations, des réparations et des améliorations vont être faites à un grand nombre d'établissements scolaires.

naires, un accident aussi formidable; tantôt ce sont les lésions myocardiaques qui sont plus accusées, et l'on comprend encore pourquoi le cœur suspend subitement ses fonctions.

En résumé, l'altération du cœur seule ne suffirait pas pour rendre compte de la mort subite, parce qu'il est démontré que le cœur peut encore résister avec des lésions du myocarde arrivées à une période très-avancée; l'anémie cérébrale ne suffit pas non plus, — et en cela nous différons de l'opinion de certains auteurs (Laveran, Bussard) qui lui font jouer un rôle prédominant, — parce que tous les jours on voit des malades résister longtemps encore à des anémies plus profondes survenues après des hémorrhagies très-abondantes. Sans doute dans certaines anémies extrêmes, dans ces anémies si improprement appelées, par Biermer et Gusserow, *pernicieuses progressives*, la mort peut être subite, et Griesinger rapporte qu'il a vu succomber ainsi certaines chlorotiques. Mais, dans tous ces cas, l'aglobulie n'existait pas seule, et toutes ces observations démontrent de la façon la plus formelle, la coexistence de la dégénérescence graisseuse du cœur, ce qui vient encore à l'appui de notre théorie.

C'est sans aucun doute par le même mécanisme que survient la mort subite dans l'insuffisance aortique, et les symptômes d'ischémie cérébrale, les vertiges, les lipothymies, etc., ne deviennent réellement d'un pronostic grave, que lorsqu'on voit se joindre à ces symptômes ceux de l'affaiblissement du cœur par dégénérescence graisseuse.

Dans ces cas, comme dans la fièvre typhoïde, l'anémie cérébrale *préexistante* a une tendance toute naturelle à prolonger un accident qui d'ordinaire a seulement une durée de quelques instants, à rendre permanente la suspension des battements du cœur; en un mot, lorsque celui-ci s'arrête d'une façon accidentelle, sous l'influence d'une émotion, par exemple, il se produit immédiatement, par le fait même de l'arrêt de la circulation centrale, un arrêt de la circulation périphérique, et le cerveau est le premier organe qui en ressente les effets. Mais, dans les cas ordinaires, cette ischémie bulbaire ne dure que quelques secondes, la circulation se rétablit, le cœur recommence à battre, et cela soit spontanément, soit sous l'influence de la position déclive.

Bien autrement graves sont les syncopes qui surviennent dans la fièvre typhoïde, puisqu'elles se produisent sur un cœur si profondément affaibli par l'altération de sa substance contractile et par l'insuffisance de son influx nerveux.

Le typhique pris de syncope tourne dans un cercle vicieux morbide duquel il ne sort pas. Tout à l'heure, c'est-à-dire dans l'exemple cité de syncope survenant accidentellement par suite d'une émotion ou de toute autre cause, le malade revenait promptement à lui; maintenant, c'est-à-dire dans la convalescence de la fièvre typhoïde, il reste plus longtemps immobile et résiste davantage aux moyens que l'on emploie d'ordinaire pour ranimer la circulation; dans le premier cas, c'est un accident qui a une tendance naturelle à disparaître; mais, dans le second, c'est le même accident qui a une tendance à se prolonger. En un mot, l'arrêt du cœur donne lieu à l'anémie cérébrale et bulbaire, et celle-ci, déjà préexistante dans la convalescence de la fièvre typhoïde, concourt pour sa grande part à entretenir la syncope. Donc l'anémie bulbaire (1), qui était il y a quelques instants un simple effet de l'arrêt des contractions cardiaques, va devenir, avec l'altération du myocarde, une cause de la prolongation, de la persistance et du maintien de cet arrêt. C'est même ce qui explique, en pareil cas, l'impuissance de la thérapeutique. Une seule fois, le docteur Kiener, de Montpellier, parvint à triompher

(1) Il est parfaitement démontré que, de tous les organes, c'est le cerveau qui supporte moins facilement la privation du liquide nourricier, et il y a déjà longtemps que Kussmaul et Tenner ont démontré par leurs expériences que la suspension de circulation cérébrale ne pouvait être maintenue, chez un animal à sang chaud, plus de deux minutes sans déterminer la mort. (*Moleschott's Unters.* Bd II, 1857.)

d'un état syncopal, qui ne tarda pas, du reste, à se reproduire et à emporter le malade (1).

Telle est donc la théorie que nous proposons ; elle nous paraît répondre à toutes les objections, elle s'appuie aussi bien sur la physiologie normale que sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, elle résout également les problèmes soulevés par la clinique et l'observation des faits. Du reste, M. Hayem ne regarde pas l'altération du cœur comme l'unique cause de la mort subite, ainsi que le prouve le passage suivant de ses leçons si remarquables que nous sommes heureux de pouvoir citer, fort d'un appui et d'une autorité scientifique que personne ne récusera :

« Dans la plupart des cas, — dit-il, — les altérations des fibres et des vaisseaux « ne sont pas suffisamment prononcées pour qu'on puisse admettre un arrêt subit « par défaut de contractilité des éléments musculaires. Mais on doit considérer ces « lésions comme une cause prédisposante à la syncope, ou, en quelque sorte, comme « une condition de sa production. De plus, quand on examine certains faits cli- « niques, on voit qu'à cette condition vient s'ajouter encore un élément important. « Je veux parler de l'anémie, sur laquelle j'ai déjà plusieurs fois attiré votre atten- « tion, et qui peut être aussi regardée, croyons-nous, comme une cause organique « prédisposante. »

Ainsi, deux causes prédisposantes, l'altération du cœur, l'anémie du cerveau, placent le typhique dans une imminence presque continuelle de syncope. Que des causes occasionnelles diverses, — une émotion, un changement de position ou un mouvement, une légère douleur, une impression viscérale, voire même l'action inconsciente d'une cicatrice intestinale, un bain froid, une hémorrhagie, etc., — puissent, à titre de causes occasionnelles, avoir un facile retentissement sur un bulbe déjà doué d'une excitabilité plus grande par suite de l'oligaimie dont il est atteint, nous ne voulons pas y contredire ; mais nous n'avons pas à expliquer seulement pourquoi et comment survient la syncope dans la fièvre typhoïde, mais aussi et surtout pourquoi la syncope une fois produite a une tendance si grande à se maintenir et à devenir mortelle. La question de la mort subite dans la dothiénentérie a été mal posée jusqu'alors, et c'est pour cette raison qu'elle a été si diversement résolue.

Nous ne savons si l'avenir justifiera l'explication d'un fait qui nous a frappé et sur lequel on n'a pas jusqu'alors appelé l'attention. Tous les cas cités de mort subite dans la fièvre typhoïde appartiennent exclusivement à des adultes, et les enfants paraissent, à l'égard de cette complication, jouir d'une certaine immunité. Est-ce parce que leur cœur peut résister plus énergiquement aux causes d'affaiblissement qui peuvent l'atteindre, comme on sait que cela existe pour les affections organiques du cœur contractées dans l'enfance? Est-ce aussi parce que les centres nerveux, et surtout les centres encéphaliques, sont plus congestionnés chez les enfants, et que, par ce fait, ils échappent plus facilement aux causes d'ischémie cérébrale et bulbaire? Nous ne serions pas éloigné de le croire, et, dans tous les cas, il nous a paru intéressant de signaler un fait qui viendrait encore confirmer notre théorie.

Arrivé au terme de cette discussion déjà longue, nous pouvons la résumer par les conclusions suivantes :

1° La théorie de l'action réflexe est insuffisante pour expliquer la fréquence relative de la mort subite dans la fièvre typhoïde ;

2° Les théories *exclusives* de l'altération cardiaque ou de l'anémie cérébrale ne peuvent rendre compte également des phénomènes observés ;

3° La mort subite dans la fièvre typhoïde est due à l'action de deux causes qui doivent toujours être réunies : l'anémie de l'encéphale et la dégénérescence ou seulement l'ischémie du muscle cardiaque. De ces deux causes, l'une ou l'autre, suivant les cas, peut jouer le principal rôle, c'est-à-dire qu'avec un myocarde très-peu

(1) *In* Thèse inaug. de Longuet, page 40.

altéré, l'anémie cérébrale peut être très-accusée; de même qu'avec une anémie cérébrale peu marquée, le cœur au contraire peut être profondément lésé.

Nous pourrions encore ajouter à ces conclusions que les malades peuvent mourir subitement ou plutôt rapidement par suite d'embolie ou de thrombose de l'artère pulmonaire. Mais ces cas sont excessivement rares, ils se distinguent par leurs symptômes qui sont surtout des accidents dyspnéiques, de ceux qui traduisent un état syncopal. Sans doute, si l'on en croit Virchow, la mort dans l'embolie pulmonaire aurait lieu par le cœur, parce que, d'après lui, elle serait due à une paralysie anémique de l'organe, le cœur gauche ne recevant plus une quantité suffisante de sang pour entretenir la circulation dans sa propre paroi. Mais si la syncope peut être regardée comme l'acte final de l'embolie pulmonaire, ce qui n'est pas encore démontré, il existe toujours dans ces cas, au début et dans le cours de cette complication, des accidents asphyxiques qui permettent facilement d'en reconnaître la vraie nature.

Enfin, dans deux cas rapportés par M. Génuit (*Thèse inaugurale de Paris,* 1875), il est question de morts subites observées dans les services de MM. Fauvel et Bucquoy, et que l'auteur rapporte à l'urémie. A ce sujet, nous dirons que les altérations des reins capables de produire des signes d'intoxication urémique sont extrêmement rares dans la fièvre typhoïde, à moins que celle-ci survienne dans le cours d'une néphrite. Sans doute l'albuminurie est un phénomène reconnu plus fréquent qu'on ne le croyait, grâce aux travaux de M. le professeur Gubler, mais cette albuminurie est ordinairement peu prononcée, elle est due souvent à l'altération du sang, ou elle répond à un simple état congestif du rein, ou encore à une inflammation superficielle des canalicules. Enfin, dans les deux observations auxquelles nous faisons allusion, les malades sont morts de syncope; et si, jusqu'à présent, l'urémie dyspnéique a été bien démontrée, il n'en est pas de même de l'*urémie syncopale*, quoique nous ne révoquions pas en doute, *à priori*, son existence possible (1).

(La fin dans un prochain numéro.)

(1) Voyez, sur cette question, les travaux de MM. Hanot et Legroux, in *Arch. de méd.*, 1876 : *Observations d'albuminurie dans la fièvre typhoïde;* — Robin, *in* thèse inaug., 1877 : *Essai d'urologie clinique; la fièvre typhoïde;* — Hardy, *Leçon sur la fièvre typhoïde à forme rénale,* in *Union Méd.*, 1877 ; — Durand, thèse inaugurale de Paris, 1877 : *Sur l'albuminurie dans la fièvre typhoïde.*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, une source d'eau dite *Fontfort*, appartenant à la commune de Sail-sous-Couzan (Loire).

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Panas, qui se porte candidat pour la place déclarée vacante dans la section de pathologie externe.

2° Une note de M. le docteur Mandon (de Limoges), sur le rôle physiologique et pathologique de l'acide carbonique du sang.

3° Une lettre de M. le docteur Mahieux (de Tourcoing), accompagnant l'envoi d'un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

4° Une note de M. Esserno, intitulée : *Des effets du goudron sur les organes respiratoires.* (Com. MM. Hérard et Moutard-Martin.)

M. DECHAMBRE présente, au nom de M. le docteur Michel, une brochure intitulée : *Étude sur les arthropathies survenant dans le cours de l'ataxie locomotrice progressive,*

M. le docteur LEVEN lit un travail intitulé : *Des gaz de l'estomac et de l'intestin, et de la dyspepsie flatulente.* — Voici les conclusions de ce travail :

« En résumé, les aliments ne paraissent pas produire de gaz ; ceux que l'on trouve dans le tube digestif viennent de l'air extérieur, du sang et des matières fécales.

Les gaz qui se produisent dans la dyspepsie flatulente ne sont pas dus à la décomposition de l'aliment, mais proviennent des trois sources que nous venons d'indiquer ; ils sont mis continuellement en mouvement par les contractions pathologiques des fibres musculaires de l'intestin, expulsés par la bronche; ils sont continuellement renouvelés ; leur production peut être incessante, aussi bien chez un individu à jeun que chez celui qui est nourri.

Le symptôme production de gaz signifie donc une irritation de l'intestin, qui est toujours consécutive à une dyspepsie stomacale déjà ancienne.

La marche de la maladie et le traitement à suivre pour la guérison, confirment ces données de l'observation clinique.

Il n'est pas besoin de chercher une médication contre les gaz; du reste, les poudres que l'on appelle absorbantes, comme le charbon, n'absorbent pas de gaz, ce que j'ai vérifié expérimentalement. Si le charbon en bloc absorbe des gaz, dès qu'il est réduit en poudre il a perdu toute propriété absorbante. »

(Ce travail est renvoyé à la commission déjà désignée.)

M. GALLARD, candidat pour la section d'hygiène, médecine légale et police médicale, lit un mémoire sur *Les opérations interdites aux officiers de santé (absence de sanction pénale, lacunes de la loi relative à l'exercice de la médecine; nécessité d'une législation nouvelle).*

Le fond de ce travail, afférent à la fois à la *médecine légale* et à la *police médicale*, est un rapport qui a été demandé par la Justice sur la question de savoir si un officier de santé n'avait pas dépassé ses attributions en faisant des applications successives de pâte de Vienne et en pratiquant des ponctions, pour ouvrir un kyste de la rate. En s'inspirant de l'esprit et du texte même de la loi, l'auteur a exposé les raisons déduites de la clinique qui doivent faire considérer comme de « grandes opérations chirurgicales » toutes celles qui ont pour objet le traitement des kystes de la cavité abdominale, quel que soit le procédé opératoire employé. Il a énuméré les dangers auxquels exposent ces opérations, même dans les cas qui paraissent les plus simples, et, montrant combien est grande la responsabilité que l'on doit assumer avant de se décider à les pratiquer, il en a conclu que l'officier de santé n'est nullement autorisé à les entreprendre seul, sans se placer sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, comme le veut la loi.

Ces conclusions ont bien été admises par le Juge d'instruction et par le Parquet; mais, malgré tout le désir qu'ils avaient de réprimer l'infraction ainsi constatée, les magistrats n'ont pas pu poursuivre le délinquant, parce que la loi n'a édicté aucune peine qui puisse être appliquée à ceux qui viendraient à enfreindre ses prescriptions. Frappé de cette anomalie, l'auteur a recherché si les autres articles de la loi étaient mieux respectés que celui qui a la prétention de défendre la pratique des grandes opérations aux officiers de santé. Il a vu alors que les médecins du second ordre, créés pour fournir plus particulièrement aux besoins des campagnes, se fixent plus généralement dans les grandes villes, et que, s'ils veulent exercer dans plusieurs départements, ils le peuvent faire en subissant successivement autant d'examens différents, d'où il résulte que leur pratique ne diffère en rien de celle des docteurs. Il a trouvé, chemin faisant, bien d'autres incorrections dans les lois de l'an XI. Indépendamment de la révision, si nécessaire, du tarif des expertises judiciaires, il s'est rappelé que déjà, en 1863, il avait été chargé par l'Association générale des médecins de France de signaler une lacune analogue dans la loi de Germinal, qui interdit l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par le même individu, alors même qu'il serait muni des deux diplômes ; mais sans indiquer la peine applicable aux délinquants; d'où il résulte que les tribunaux, après avoir déclaré l'acte blâmable et contraire à la loi, ont été obligés de reconnaître, par des jugements et des arrêts, qu'ils n'ont aucun moyen de le réprimer.

Ces imperfections, et bien d'autres encore qu'il serait facile de relever, portent à conclure qu'au lieu de demander des modifications de détail aux lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie, il faut, comme l'a conseillé dans son dernier compte rendu le Secrétaire général de l'Association des médecins de France, provoquer résolûment la révision générale de l'ensemble de nos lois professionnelles, et demander aux pouvoirs publics qu'ils préparent enfin un Code complet contenant, réunies sous un même titre, toutes les dispositions législatives applicables, tant à l'enseignement qu'à la pratique de l'ART DE GUÉRIR.

(Ce travail est renvoyé à la section constituée en commission d'élection.)

M. Woillez, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Hérard et Moutard-Martin, lit un rapport sur un mémoire de M. le professeur Pagès, médecin en chef de l'hospice d'Alais (Gard), ayant pour titre : *Etude clinique sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde.*

« En résumé, dit M. le rapporteur en terminant, tout en reconnaissant l'influence qu'a pu avoir l'agglomération plus ou moins nombreuse des soldats sur la production de la fièvre typhoïde à Alais, nous ne saurions admettre l'opinion trop exclusive de l'auteur ; l'encombrement est loin d'être la cause essentielle des épidémies de la fièvre typhoïde. Combien n'en voit-on pas se développer là où existent les meilleures conditions possibles d'aération, de bien-être et d'alimentation.

En s'occupant des lieux où il a fait ses observations, le docteur Pagès n'a pas tenu suffisamment compte des individus ; chacune des épidémies qu'il a observées, sauf en 1855, a atteint un trop petit nombre de soldats pour qu'il ait pu conclure avec certitude. Et puis, en ne constatant les épidémies que sur les militaires, il nous semble qu'il aurait dû songer à faire intervenir les conditions particulières que présentent les jeunes soldats composant l'armée. La plus grande fréquence habituelle parmi celles des épidémies de fièvre typhoïde est un fait notoire, quels que soient les lieux qu'ils habitent ; et comme M. Léon Colin l'a si bien dit dans la dernière séance, la multiplicité des influences typhogènes semble indiquer que la cause de la maladie est décomposable, et, par conséquent, qu'on ne doit pas la résumer en un seul agent.

Dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, il y a évidemment un premier principe très-difficile à préciser, comme le démontre la discussion pendante devant l'Académie ; mais, en dehors de cette inconnue, il y a un groupe de causes secondaires favorisant le développement des épidémies, causes qui comprennent les émanations putrides, la contagion, l'encombrement et beaucoup d'autres influences nocives. Et comme ces influences secondaires sont les plus faciles à observer, on est, par cela même, plus disposé à leur attribuer exclusivement la maladie.

L'opinion du docteur Pagès, qu'il dit nouvelle, ne saurait donc être considérée autrement que toutes celles que l'on a voulu baser sur une seule cause secondaire, considérée à tort comme cause fondamentale.

La plupart des questions d'étiologie en pathologie sont obscures et difficiles à préciser. On a beaucoup dit et l'on dira beaucoup encore sous ce rapport ; mais disserter n'est pas toujours prouver. Les données fournies par l'observation bien faite, sans arrière-pensée et par l'expérimentation bien comprise, devront conduire, dans la limite du possible, à éclairer la genèse des épidémies de fièvre typhoïde ; mais, dans cette double voie, quelle rigueur on doit mettre dans l'observation ! Avec quelle prudence il faut conclure d'après les expériences, et combien il est facile d'exagérer les résultats de l'expérimentation et d'en tirer de fausses inductions !

Mais je m'arrête, sans vouloir m'engager, à l'occasion de ce rapport, dans la discussion actuelle sur l'étiologie de la fièvre typhoïde. Mon seul but a été de faire connaître un travail soigneusement fait sur ce sujet par un érudit et vénéré praticien, qui nous expose les résultats de sa pratique d'un demi-siècle, travail qui méritait d'attirer votre attention.

Nous proposons de remercier M. le docteur Pagès, qui est lauréat de cette Académie, de son intéressant travail, et de déposer honorablement son mémoire dans les archives. »

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

—

M. Mialhe lit un travail intitulé : *Recherches nouvelles sur le rôle des alcalins dans l'économie animale.*

Le fait de l'indispensable nécessité de la présence constante des alcalis dans les liquides de l'économie animale, dit l'auteur, fut posé pour la première fois en 1824 par M. Chevreul. Seulement, ce savant l'attribua aux alcalis caustiques, tandis qu'il faut le rapporter aux bicarbonates alcalins.

Les faits acquis aujourd'hui à la science permettent de dire : Le rôle des alcalins pour influencer les matières organiques et rendre leur oxydation possible au sein de l'économie animale ne saurait être mis en doute, ainsi que je l'ai démontré dans divers mémoires sur la digestion, l'assimilation et l'oxydation organique ou vitale. Il existe, dans les organes des animaux, des corps inorganiques qui y exercent une activité incontestable ; tels sont le fer, le phosphate de chaux, les bicarbonates alcalins, etc.

C'est appuyé sur ces faits que M. Mialhe a essayé, dans ce travail, de résoudre cette question : Les bicarbonates alcalins administrés à haute dose peuvent-ils donner naissance à une cachexie spéciale désignée sous le nom de *cachexie alcaline?*

M. Mialhe résout cette question par la négative et terminé par quelques considérations générales relatives à l'administration des alcalins.

Que se propose-t-on en prescrivant les eaux bicarbonatées sodiques ? On a pour but d'introduire dans le sang une proportion de bicarbonate de soude suffisante pour modifier sensiblement la composition intime des matières albuminoïdes, avec lesquelles l'élément alcalin entre en combinaison, et, par suite, d'activer les phénomènes d'oxydation organique ou vitale, ainsi que ceux d'endosmose et d'exosmose, de modifier la nature des sécrétions, etc.

Or, quelle est la proportion de bicarbonate de soude qu'il convient d'introduire dans l'économie pour atteindre ce résultat?

Il est impossible de répondre catégoriquement à cette question, et voici pourquoi : La proportion de base alcaline qui existe dans l'économie animale, soit à l'état de bicarbonate, soit à l'état d'albuminate, est loin d'être toujours la même, non-seulement chez les animaux des deux grandes classes, herbivores et carnivores, mais encore chez les animaux de la même espèce. Ainsi, les herbivores ont leurs humeurs autrement alcalines que celles des carnivores, d'où il suit que l'homme, qui est omnivore, doit tenir le milieu à ce sujet, et se rapprocher, au point de vue de son alcalinité humorale, ou des carnivores, ou des herbivores, suivant son genre d'alimentation ; c'est, en effet, ce qui a lieu. Aussi, l'homme des villes, l'homme riche, a-t-il besoin d'une plus forte dose d'alcali, pour ramener ses humeurs à un état physiologique, que le paysan, qui emprunte presque exclusivement sa nourriture au règne végétal. Voilà une première indication à laquelle un médecin hydrologue ne doit pas manquer de s'arrêter.

Le fonctionnement de la peau doit aussi ne pas être négligé ; le praticien doit se rappeler, en prescrivant les alcalins, qu'un malade qui transpire chasse une partie de ses acides hors de l'économie et, partant, demande, pour être convenablement alcalisé, une proportion moindre de base alcaline.

Il doit aussi ne pas oublier qu'un malade vivant au grand air et se livrant à un exercice musculaire, a besoin, pour être alcalisé, d'une quantité de bicarbonate plus faible qu'un malade qui vit dans l'inaction ; il doit, enfin, tenir compte de l'élévation de la température, parce qu'elle accélère l'alcalisation de l'économie à la manière sans doute de l'exercice forcé, et aussi parce qu'elle agit sur le système nerveux, à ce point même que les malades ne supportent cette médication qu'avec beaucoup de fatigues pendant les grandes chaleurs.

Reste une question qui a aussi son importance.

Je crois qu'il convient d'administrer d'emblée la dose maximum que l'on se propose de prescrire aux malades pendant toute la durée du traitement ; seulement à dose fractionnée, car il est essentiel de maintenir toujours l'économie au même degré d'alcalisation. Et, à ce sujet, je ne saurais trop recommander à mes confrères l'usage du papier de tournesol, pour s'assurer de la nature chimique des urines ; car rien n'intéresse autant le médecin que la connaissance du milieu chimique où s'accomplissent les mystérieux phénomènes morbides qu'il est appelé à traiter.

Notre collègue, M. Claude Bernard, a dit dernièrement, à l'Académie des sciences, que le sucre est un élément vital constant et nécessaire du sang. Eh bien, je dirai, à mon tour, avec la même conviction, que les bicarbonates alcalins constituent un élément constant et nécessaire du sang et de l'économie tout entière.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

LOTION FERRUGINEUSE.

Tartrate ferrico-potassique. . . . . . . 60 grammes.
Eau. . . . . 500 —

Faites dissoudre. — Cette solution est recommandée contre le cancer phagédénique et les ulcérations de mauvaise nature, qu'il s'agit de tonifier, d'exciter, ou dont il faut détruire la virulence. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 11 OCTOBRE 1792.

Naissance de J.-B. Montfalcon. Ce savant médecin a fait surtout servir son grand talent à l'élucidation de points d'histoire et de critique médicales. Ses principaux ouvrages sont :

« Précis de l'histoire de la médecine et de la bibliographie médicale... » Paris, 1826.

« Précis de bibliographie médicale » ; 1827.

« Bibliographie de l'histoire des marais » ; 1824.

« Hygiène de Lyon »; 1846.
« Mémoire sur l'état actuel de la chirurgie »; 1816.
« Essai pour servir à l'histoire des fièvres adynamiques »; 1823.
« Hist. crit. et morale des enfants trouvés »; 1837. — A. Ch.

COURRIER

On nous écrit d'Aix-les-Bains, lundi 8 octobre 1877 :

« Ce matin, à 5 heures 10 minutes, les habitants de la ville et les rares baigneurs qui y sont encore, ont été réveillés par une secousse de tremblement de terre assez forte pour faire osciller, sur les meubles et les cheminées, les flambeaux et les pendules. Le mouvement paraissait se diriger du nord au sud. »

Hygiène. — La falsification des vins par la fuschine et les dangers qu'elle fait courir à la santé publique ont donné lieu, depuis quelque temps, à de nouvelles mesures pour arriver à sa répression.

Autrefois la dégustation se faisait au domicile du marchand de vins ; tout cela se passait pour ainsi dire sans contrôle sérieux, et la tolérance était grande.

Aujourd'hui une commission spéciale est envoyée chez le débitant. Si un vin est suspecté de mélange, les commissaires en prennent deux échantillons qui sont cachetés. L'un de ces échantillons est laissé au marchand, qui doit le représenter intact à toute réquisition.

L'autre est remis aux chimistes de la préfecture, qui ne connaissent même pas le nom du délinquant. L'expertise est donc faite en toute sincérité et sans considération de personnes.

Si la présence de la fuschine ou de toute autre matière dangereuse est signalée, le marchand de vins est tenu de représenter l'échantillon qu'on lui a laissé, on le compare avec le vin analysé et le marchand est puni sévèrement. Car il ne peut plus, comme il le faisait souvent autrefois, élever des doutes sur l'identité de son vin avec celui qui a fait l'objet de l'expertise. (*Bien public.*)

Maladie des Scythes. — Sous ce titre, M. le Dr Marandon de Montyel décrit en style des plus attayants une maladie spéciale à certaines tribus du Caucase, chez lesquelles on trouve des individus qui, après avoir joui quelque temps de tous les attributs de la virilité, les perdent avant l'âge, voient leur barbe tomber, leurs désirs amoureux s'éteindre, leur voix faiblir, leur corps perdre la force et l'énergie propres à la sexe, et qui arrivent enfin à fuir la société de ceux dont ils partageaient jadis les plaisirs et les travaux, à revêtir le costume féminin comme ils en ont revêtu la faiblesse, mettant tout leur bonheur à s'assimiler aux femmes et à partager leurs occupations.

L'auteur passe en revue, avec un talent d'érudition des plus remarquables, les causes qui ont été attribuées à cette impuissante des Scythes depuis Hérodote jusqu'à Boyard et Lallemand. Il se range à l'opinion de l'illustre professeur de Montpellier et attribue cette singulière métamorphose aux pertes séminales et à l'onanisme, conséquences des habitudes équestres, de l'abus du cheval. (*Marseille médical.*)

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris reprendra ses séances le samedi 13 octobre 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Discussion sur les kystes hydatiques du poumon, à propos d'une communication de M. le docteur Duroziez. — 2° Corps étranger du rectum, par M. le docteur Gillette. — 3° Communication importante relative à la demande, formulée par la Société, de reconnaissance d'utilité publique. — 4° Communications diverses.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Péan reprendra ses opérations et ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 13 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 4 octobre 1877, on a constaté 881 décès, savoir :

Variole, 1 décès; — rougeole, 9; — scarlatine, 0; — fièvre typhoïde, 31; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 30; — pneumonie, 57; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 4; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 19; — croup, 16; — affections puerpérales, 4; — affections aiguës, 263; — affections chroniques, 380 (dont 151 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 37; — causes accidentelles, 24.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS LE TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS ET LES TRAITEMENTS ORDINAIRES (1);

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 avril 1877,

Par le docteur LIBERMANN, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou.

Il me reste maintenant à démontrer que les bains abaissent réellement la température. Je l'ai fait en 1874, et j'ai étudié dans mon mémoire, de la façon la plus précise, sur des observations nombreuses faites par moi-même, le thermomètre à la main, les abaissements obtenus par les différents procédés hydrothérapiques.

Je vous demande la permission de rappeler quelques chiffres seulement. Après un bain froid de 15 à 22°, pris pendant un quart d'heure, il se produit généralement un abaissement de température de 2 à 4 degrés.

Après un bain tiède d'une demi-heure, la moyenne de l'abaissement oscille entre 2 et 3 degrés.

Après une affusion froide de cinq minutes, entre 0,5 et 1°5.

Après une lotion froide de cinq minutes, entre 0,5 et 1° environ.

Après une lotion de dix minutes, l'abaissement de température peut atteindre de 1 à 1,5 de degré.

Vous le voyez, Messieurs, malgré les assertions de M. Peter, qui ne reposent que sur l'observation de deux bains, le bain froid est le plus puissant des moyens réfrigérants; j'ajoute même, le moins dangereux, car il n'exerce pas sur les centres nerveux et le cœur la dépression trop souvent produite par le sulfate de quinine et la digitale.

Je ne veux pas allonger ce mémoire par des citations, et je vous renvoie aux excellents travaux de MM. Hirtz, Widal et Bernheim sur l'action de la digitale comme antipyrétique.

Liebermeister, pour produire des abaissements de 2 degrés, est obligé de donner parfois jusqu'à 3 grammes de sulfate de quinine dans une heure, dose énorme que j'hésiterai toujours à employer dans ce but, malgré son exemple.

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 octobre.

FEUILLETON

CAUSERIES

M. le comte de Beaumont, ex-sénateur, qui vient de mourir, avait épousé la fille unique de Dupuytren, qui lui apporta une fortune de cinq millions. Cinq millions! c'est un joli denier, n'est-ce pas? Eh bien, ce fut un des chagrins de notre illustre chirurgien d'apprendre qu'Astley Cooper, le grand chirurgien anglais, avait laissé une fortune de onze millions, plus du double de la sienne; — et encore, ce n'était pas par le seul exercice de l'art que Dupuytren avait acquis ses cinq millions. On sait que, dans une promenade au bois de Boulogne, le baron de Rothschild fit une chute de cheval, et se cassa la cuisse. Ce fut Dupuytren qui fut appelé pour lui donner des soins, et le riche banquier récompensa le chirurgien par un honorarium de cent mille francs. Ces cent mille francs, laissés dans la maison de banque de Rothschild, et participant aux bénéfices de cette colossale maison, entrèrent pour une part considérable dans les cinq millions laissés par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le souvenir de son origine et de l'illustre savant qui lui avait donné le jour, ne semble pas avoir toujours été agréable à Mme la comtesse de Beaumont. Ségalas, le plus bienveillant et le moins médisant des hommes, racontait volontiers le fait suivant: Il avait acheté la magnifique propriété de *La Jonchère,* qui avait appartenu au fameux Ouvrard. L'ambassadeur d'Angleterre, qui l'habitait pendant l'été, ayant fini et n'ayant pas renouvelé son bail, Ségalas mit *La Jonchère* à louer. Un monsieur et une dame, de très-bon ton, viennent visiter la propriété, la trouvent à leur convenance, s'entendent sur le prix, et déclinent leur nom à Ségalas.

Un instant après avoir nié l'abaissement durable de la température par les bains, M. Peter, il est vrai, sur une seule observation, les accuse de produire parfois des températures de collapsus, un abaissement allant jusqu'à 35°3 dans l'aisselle.

Je n'ai pas besoin de démontrer que l'observation de quelques bains isolés n'a aucune valeur ni dans un sens ni dans l'autre. J'ai moi-même cité, dans mon premier travail, un malade du service de mon distingué confrère des hôpitaux militaires, M. le docteur Widal, chez lequel les bains donnés plusieurs jours de suite de la façon la plus rigoureuse n'avaient pas amené d'abaissement de température appréciable. Mais c'est là une exception, une exception rare, comme le démontrent les milliers de bains qui ont déjà été donnés, et qui ont presque toujours amené les résultats que j'ai annoncés, en expérimentant sur une échelle beaucoup plus modeste.

M. Peter s'est aussi élevé contre leur fréquence et la formule presque mathématique qu'on a donnée à leur application.

On a constaté, il est vrai, que, toutes les trois heures environ, les bains avaient épuisé leur action réfrigérante, et qu'il était utile de les recommencer à ce moment, le point important de la méthode consistant à maintenir la température aussi longtemps que possible voisine de la normale. Mais il n'y a pas là une loi mathématique inflexible; on les donnera plus tôt si la température remonte plus rapidement, et plus tard si elle remonte plus lentement. Le médecin restera toujours le seul juge de l'opportunité de la balnéation, et nous n'entendons en aucune façon supprimer un moyen d'une formule toute faite, l'application des indications individuelles qui constituent le grand art de la médecine.

Maintenant, comment agissent les bains? M. Peter prétend que leur action réside uniquement dans l'excitation vive, subite et énergique des nerfs de la peau. Pour moi, et cela ressort de tout ce qui précède, les bains agissent surtout par la soustraction du calorique, et ce n'est pas là le petit côté de la question, comme le dit M. Peter; mais le côté principal : le retour des manifestations cardiaques et cérébrales au fur et à mesure que la température s'élève de nouveau après le bain, en est une preuve incontestable.

La spoliation thermique n'est pas non plus aussi momentanée que l'affirme notre savant confrère. La température, après avoir atteint son minimum, quinze à trente minutes après le bain, reste stationnaire pendant une heure environ, puis remonte lentement pendant deux heures, pour reprendre son état primitif; de sorte qu'en

---

Celui-ci témoigne sa vive satisfaction d'avoir pour locataire la fille de Dupuytren, de l'illustre maître dont il a été l'élève, du grand chirurgien qui... que... Ségalas n'avait pas achevé son compliment, que Mme la comtesse avait pris vivement le bras de son mari et était allée rejoindre sa voiture. Plus jamais Ségalas ne revit cet aristocratique couple, et il en fut pour ses frais d'éloquence.

L'exercice de la médecine à la campagne n'est pas semé de roses, nos honorés confrères ruraux ne le savent que trop. Parmi les incidents et accidents désagréables, pénibles ou dangereux auxquels ils sont exposés, il en est un dont fut victime un jour, ou plutôt une nuit, le vénéré confrère rural, un des doyens de la profession, M. Broca père, qui vient de terminer son honorable carrière, et qu'il racontait d'ailleurs en riant de sa mésaventure. Donc, une nuit d'hiver froide et sombre, on frappe à sa porte, à sa porte hospitalière, qui, comme celle du château d'Avenel, « s'ouvrait toujours aux malheureux. » C'était un paysan qui venait prier M. Broca de l'accompagner auprès d'un malade gravement atteint, dans une localité voisine.

N'écoutant que son dévouement et son zèle, M. Broca s'empresse de suivre ce paysan, et par un chemin ou plutôt par un sentier inabordable à tout autre véhicule que les jambes des piétons. Arrivé à un écart composé de quelques maisons, le paysan s'arrête et dit phlegmatiquement à M. Broca : — Bien merci, Monsieur le docteur ; voyez-vous, j'avais peur de venir tout seul, au milieu de la nuit, dans ces parages, et j'ai imaginé le petit mensonge d'un malade pour me faire accompagner par vous. Merci donc pour votre accompagnement. — Et le paysan s'enfuit, disparaît dans l'ombre de la nuit, laissant là le pauvre confrère fort mystifié.

Franchement, voilà qui n'est pas encourageant pour nos confrères ruraux qui, si souvent,

donnant six bains par jour pendant les deux ou trois premières semaines d'une fièvre typhoïde, on peut maintenir quotidiennement, d'après mes calculs, le malade six à huit heures avec une température voisine de la normale, et, vers la fin du traitement, cet état apyrétique peut se prolonger de dix-huit à vingt heures, la réfrigération étant d'autant plus considérable et plus persistante que les températures sont moins élevées.

Tout l'effet des bains froids ne se borne pas là cependant, ils agissent encore en assurant le fonctionnement régulier de la peau, l'énergie des mouvements respiratoires, la sédation des papilles nerveuses du derme, en diluant le sang par l'eau qui pénètre dans la circulation, enfin par leur effet révulsif, sur lequel a beaucoup insisté Brand avant même M. Peter.

J'ai terminé ici, Messieurs, la partie théorique de mon travail, qui eût mérité de plus longs développements, et je vais aborder maintenant le côté réellement pratique, l'appréciation des dangers des bains froids, et les résultats statistiques qu'ils ont donnés jusqu'à présent.

M. Peter a soutenu que les bains conduisaient fatalement aux hémorrhagies intestinales, pulmonaires, nasales, aux syncopes, aux abcès multiples, aux douleurs rhumatismales ou arthritiques intolérables, qui compliquent certaines fièvres typhoïdes, à l'albuminurie; en un mot, il a fait miroiter sous vos yeux les accidents les plus graves, qu'il a mis au passif de la méthode hydrothérapique, en s'appuyant sur quelques faits dont nous ne contestons pas l'authenticité, mais qui sont si peu nombreux qu'ils ne peuvent avoir une signification sérieuse.

Pour juger de la valeur réelle d'une méthode et de ses dangers, il faut pouvoir s'étayer de séries nombreuses, recueillies partout, en temps d'épidémies comme en temps ordinaires, afin d'échapper aux chances d'erreur produites par un concours de circonstances qu'on appelle le hasard dans la vie ordinaire, la coïncidence en médecine.

Ainsi M. Féréol (1) avait signalé dans son remarquable travail plusieurs cas d'hémoptysie, dont il avait cru devoir, chez deux malades du moins, attribuer la production aux bains froids.

Depuis, M. Labbé et M. Maurice Raynaud ont observé chacun un cas d'hémoptysie dans le courant de fièvres typhoïdes traitées par les moyens ordinaires.

(1) *Sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids,* 8 décembre 1876, p. 8.

---

sont dérangés de leur repos. Heureusement, disait M. Broca en riant, que ce paysan peureux ne me demanda ni ma montre ni ma bourse.

Le *Monde thermal* plaisante avec esprit quelques publications périodiques de certaines stations thermales annonçant, avec un grand luxe de particules, l'arrivée de personnages à leurs thermes. Ce journal, très-spirituellement rédigé, emprunte au *Doucheur* de Vichy, au *Gobeur* d'Aix, et à l'*Éducateur des huîtres* d'Arcachon, titres fantaisistes de journaux imaginaires, des articles et des noms de personnages d'une cocasserie achevée. Ainsi, le *Doucheur* de Vichy annonce l'arrivée de M. le marquis Cresson de la Grenouillère, dont les ancêtres, etc. — Le *Gobeur* d'Aix se pâme d'aise à la venue de deux grandes dames : Mme Hélène de Taillesanglée et de Mme Alice de La Gomme. — Plus riche encore, l'*Éducateur des huîtres* d'Arcachon jubile en voyant sur ses listes M. Georges de Truand ; Mlle Louise de Champagnesablé ; M. Gaston de Hautencol ; Mlle Léontine de Lacascade ; Mlle Florence du Tourdubois, etc., etc. Que voulez-vous ? Il faut bien rire un peu au milieu des tristesses du temps, et cela ne fait de mal à personne. Du reste, celui qui écrirait, qui oserait écrire en toute liberté la chronique des eaux minérales, trouverait là une mine abondante, inépuisable, de faits relatifs à nos mœurs médicales. La *Gazette des eaux* et le *Monde thermal* s'aventurent quelquefois sur ce terrain délicat ; mais tout l'esprit de leurs rédacteurs n'est pas de trop pour éviter les périls de publications de ce genre.

Je m'empresse de reconnaître que, dans son numéro du 6 octobre dernier, le *Progrès médical* a reproduit mes réflexions sur l'article publié par la *Gazette médicale de Bordeaux,* et commenté par le *Progrès médical* et par la *Tribune médicale.* J'ai dit ce que je pensais de la réponse qu'a cru devoir me faire la *Gazette médicale de Bordeaux ;* je n'y reviendrai pas car je

Moi-même j'ai eu l'occasion d'en observer un nouveau cas pendant le mois de janvier chez un malade (1) que j'aurais soumis à la balnéation, si je n'en avais été empêché par des circonstances indépendantes de ma volonté. Six jours avant sa mort, ce malade fut pris d'une hémoptysie considérable qui se renouvela trois jours de suite. A l'auscultation, on constata simplement les signes d'une congestion du sommet du poumon droit. A l'autopsie, les sommets des deux poumons furent trouvés parfaitement sains. Il est probable que si j'avais donné les bains froids, comme c'était mon intention, les hémoptysies se fussent produites néanmoins, et on eût sans doute attribué à l'eau froide un accident qui n'eût été qu'une simple coïncidence.

Sur 8,141 cas traités par les bainds froids, dont Brand (2) donne en partie l'analyse, il s'en trouve plus de 5,000 en chiffres ronds, où les complications sont indiquées. Or, sur ces 5,000 cas, je vois cités : une fois une hémoptysie sans importance (3), une fois des toux hémoptoïques, neuf fois des crachats hémoptoïques. En tout 11 cas d'hémorrhagies pulmonaires qui paraissent ne pas avoir eu une grande gravité. Il est vrai qu'il est encore question d'une dizaine d'hémorrhagies sans désignation de lieu d'origine. Mais, on le voit, même en admettant qu'elles aient eu pour point de départ les poumons, cet accident est rare, et si sa fréquence dans la dernière épidémie a été considérable, il ne faut probablement l'attribuer qu'à l'épidémie elle-même.

Pardonnez-moi, Messieurs, cette digression; je continue. M. Peter vous a dit : L'hémorrhagie est fatale, nécessaire; le sang, chassé de la périphérie par la contraction des vaisseaux, doit affluer à l'intérieur et s'accumuler dans les endroits qui lui offrent le moins de résistance, d'où hémorrhagie. Mais, c'est là encore de la théorie pure; si M. Peter avait assisté à un seul bain froid, il aurait vu que la pâleur de la peau, la contraction des capillaires ne durent que quelques minutes; au bout d'un temps très-court, les vaisseaux sont faits au froid, ils se dilatent de nouveau, la peau se colore, la circulation se régularise, et tout danger de stase sanguine et de congestion interne a disparu, si jamais ce danger a réellement existé.

(1) Vannius (Armand), brigadier au 19e escadron du train, entré à l'hôpital du Gros-Caillou le 14 janvier, décédé le 30 janvier 1877.

(2) *Die Wasserbehandlung des typhœsen fieber*, von Dr Ernst Brand. *In* Stettin. Tübingen, 1877.

(3) Brand. *Loco citato*, p. 287-289.

---

voudrais éviter toute occasion de polémique avec un journal qui désire certainement autant que moi le progrès de l'Association générale, et avec lequel il ne peut y avoir de dissidence que sur les moyens de l'obtenir. Ce n'est pas de la Gironde, berceau de l'Association générale, que viendra jamais l'opposition contre cette œuvre.

Quant au *Progrès médical*, il ne répond pas à mes réflexions, et cela par un motif qui m'étonne : « Avant d'apprécier le fond de ses explications, nous aurions été heureux d'être renseignés sur le degré d'autorité qu'il faut leur attribuer. Si étrangers que nous soyons aux conditions d'existence et de fonctionnement du Conseil général, nous connaissons le rôle important qui y joue, à titre de secrétaire général, le rédacteur de l'article précité. Or, il serait bon de savoir en quelle qualité il a pris la plume. Est-ce le journaliste seulement qui a écrit, ou bien est-ce le dignitaire de l'Association? Et, dans ce dernier cas, expose-t-il ses idées personnelles ou parle-t-il au nom et avec l'assentiment du Conseil? »

Rien ne m'embarrasse dans la réponse que j'ai à faire à ces questions de notre honorable confrère. Je n'ai dit nulle part, ni d'aucune manière fait entrevoir que ce que j'écrivais je le faisais au nom et avec l'assentiment du Conseil général. C'est donc le journaliste et seulement le journaliste qui a écrit l'article en réponse aux trois journaux précités. Le secrétaire général ne parle au nom du Conseil général que dans ses rapports annuels sur la situation de l'œuvre. De sorte que je prie le *Progrès médical* de ne faire retomber toute la responsabilité de ma réponse que sur le journaliste seul. Quant à savoir si le journaliste a reproduit les opinions du Conseil, je prie encore le *Progrès médical* de vouloir bien attendre l'Assemblée générale de l'Association en 1878, dans laquelle le secrétaire général, si Dieu lui prête vie et santé, exposera les opinions du Conseil. On verra bien alors si le journaliste pense et parle d'accord avec le secrétaire général. Au demeurant, qu'importe? Ce qui a été publié est-il ou non l'ex-

Nous allons voir que les faits justifient cette explication.

Quelque temps avant cette discussion, il a paru un nouveau livre de Brand (1) sur la médication hydrothérapique de la fièvre typhoïde, qui est un événement considérable pour la question qui nous occupe. Car, si on peut l'attaquer sous le rapport des opinions de l'auteur, beaucoup trop exclusives à notre avis, il contient, comme nous l'avons déjà dit, une statistique de 8,141 cas de fièvres typhoïdes traitées par les bains froids, tant en France qu'en Allemagne, et cela par les médecins les plus éminents comme par les praticiens les plus obscurs. Le plus grand nombre des cas se rapporte à la pratique nosocomiale.

C'est avec ces matériaux considérables et par la comparaison avec les résultats statistiques fournis par les médications ordinaires, que nous essayerons de juger la question des accidents attribués aux bains froids. Tous les chiffres sont pris dans le livre de Brand; je les crois justes jusqu'à preuve du contraire, sauf les réserves que j'indiquerai dans le courant de mon travail. J'ai cru devoir cependant retrancher tout d'abord, pour l'étude des complications qui nous occupent, de la statistique générale donnée par Brand, les cas qui n'ont pas été l'objet d'une observation complète.

Ainsi, pour un certain nombre d'auteurs, il se contente d'indiquer le nombre des malades et des décès. Ces cas ont-ils présenté des complications? Nous l'ignorons; et, dans le doute, nous avons cru devoir les exclure de nos calculs, et n'y comprendre que les groupes d'observations où les complications sont notées. C'est ainsi que 378 cas de Lichtenstern (2), 874 cas de Kœrber et 356 cas de Zaubrer ne portent aucune indication de complications, il en est de même pour un certain nombre d'autres groupes moins importants; en tout 2,783 cas environ, dont nous n'avons pas cru devoir tenir compte.

Quant à la statistique personnelle de l'auteur, sur la valeur de laquelle on a cru devoir jeter quelque doute, elle se noie dans la masse des observations contresignées par les noms les plus autorisés, et ne peut changer d'une façon sensible les résultats généraux.

J'ai déjà parlé des hémorrhagies pulmonaires à propos des faits de M. Féréol, je n'y reviendrai pas. Quant aux épistaxis graves qui sont si fréquentes, d'après

(1) Brand. Ouvrage cité ci-dessus.

(2) Brand. Ouvrage cité p. 292, 294, 296.

---

pression de la vérité? Voilà, ce me semble, tout ce qui devrait préoccuper le *Progrès médical.*

Que le *Progrès médical* me permette de lui exprimer un vœu, cela vaudra mieux que de chercher à répondre à la suite de son article dont, je le déclare en toute humilité, je n'ai pu comprendre ni l'esprit ni la finesse. Ce journal est rédigé par de jeunes confrères très-laborieux, très-avancés dans les études qui ont les laboratoires pour théâtre et représentant l'école clinique de M. le professeur Charcot. C'est parce que je sais que ce journal est lu par l'élite des élèves et par de jeunes docteurs, que je craindrais que, mal renseigné, son influence n'éloignât de l'Association ceux précisément pour qui l'Association a le plus sa raison d'être. Eh bien, le vœu que j'adresse aux honorés rédacteurs du *Progrès médical*, c'est de se bien renseigner sur les actes de l'Association depuis sa naissance en 1858. Cette connaissance, nos honorés confrères pourront l'acquérir par la lecture de l'*Annuaire* de l'Association, recueil vraiment précieux où se trouvent agitées et souvent résolues toutes les questions importantes d'assistance, de protection et de déontologie professionnelle. Qu'ils passent, et ils feront bien, les longs et pénibles rapports du secrétaire général, mais qu'ils lisent les discours et allocutions des trois présidents que l'Association a eu l'honneur et le bonheur d'avoir à sa tête, Rayer, Tardieu, Henri Roger; qu'ils lisent aussi les rapports si éloquents dans leurs chiffres de M. Brun, l'admirable trésorier de l'œuvre; qu'ils lisent surtout les nombreux et excellents rapports des séances du lundi, où sont traitées tant de questions importantes pour les intérêts moraux et professionnels du Corps médical.

Alors, j'ose l'espérer, s'il n'existe que des préventions au *Progrès médical* contre l'Association, elles se dissiperont, et les esprits éclairés qui président aux destinées de ce journal reconnaîtront que l'Association générale a fait et fait encore tout ce qui était en sa puissance,

M. Peter, dans le traitement par les bains froids, je n'en vois pas noté un seul cas; sur les 8,141 de la statistique de Brand, réduits à 5,000 comme je l'ai indiqué plus haut. Il est vrai que les 10 cas classés sous la rubrique « hémorrhagies diverses », peuvent en comprendre quelques-unes. Cet accident est rare, du reste, dans la fièvre typhoïde. Sur 500 malades que j'ai traités par les moyens ordinaires depuis 1871, je l'ai rencontré deux fois.

Quant à ce qui regarde l'hémorrhagie intestinale, Brand a recueilli des documents très-curieux, dont je me contente de donner ici le résumé (1).

« Sur 4,995 malades traités par les bains froids dans la pratique civile, dans celle des enfants, dans les hôpitaux civils et militaires, il y a eu 155 hémorrhagies intestinales, sur lesquelles 35 décès et 120 guérisons; ce qui fait 3,1 p. 100 d'hémorrhagies intestinales; 35 décès donnent 0,6 p. 100 de décès sur la totalité des cas observés.

« Sur 155 hémorrhagies intestinales, 35 se sont terminées par la mort; soit 22 p. 100.

« Sur 4,890 malades traités par les moyens ordinaires, dont voici le tableau, il y a eu 271 décès (2).

Numéros d'ordre.	OBSERVATEURS.	Nombre des cas.	Chiffre des hémorrhagies intestinales.	Tant pour 100
1........	Vogel..............	139	6	4.3
2........	Griesinger..........	600	32	5.8
3........	Louis..............	134	8	5.9
4........	Ragaine............	115	11	9.6
5........	Duchek.............	187	7	3.7
6........	Gérenville.........	695	34	4.9
7........	Conradi............	981	44	4.5
8........	Reinhard...........	1178	57	4.8
9........	Liebermeister.......	861	72	8.4
	Totaux.......	4890	271	5.6

(1) Brand. *Loco citato,* p. 252 et suivantes.

(2) Brand, *loco citato,* p. 252.

et que si elle n'a pas toujours réussi dans ses entreprises, ç'a été la faute du Corps médical lui-même qui, en lui donnant l'autorité de la qualité de ses membres, ne lui a pas encore accordé l'autorité du nombre, car l'Association compte à peine la moitié du nombre des médecins de France, ce qui n'a pas suffi pour surmonter tous les obstacles qu'elle a rencontrés sur sa route, alors qu'il s'agissait de défendre les grands intérêts de la confrérie, qui sont encore et par dessus tout les intérêts de la société.

D[r] Simplice.

Traitement du muguet. — Archambault.

Pour empêcher le muguet de se développer, le faire tomber et prévenir sa reproduction, il suffit d'employer les alcalins localement et à l'intérieur. On prescrit, par exemple, les gargarismes au borax et l'eau de Vichy en boisson. — Il est bon de ne pas mélanger le borax au miel ou à des matières sucrées, qui, en séjournant dans la bouche, sont aptes à subir une fermentation acide.

Sous l'influence de ce traitement, le muguet se laisse détacher, ou tombe spontanément. Il suffit de le frotter avec un petit tampon de linge, imbibé de la solution alcaline. Toutes les substances alcalines, bicarbonate de potasse, chlorate de potasse ou de soude, réussissent aussi bien que le borax et l'eau de Vichy. — Seulement, il ne suffit pas de faire tomber le parasite, il est indispensable de combattre, par un traitement approprié, la maladie qui lui a donné naissance. — N. G.

« On voit que, sur un nombre sensiblement égal de fièvres typhoïdes traitées par les moyens ordinaires, il y a eu 116 hémorrhagies intestinales de plus que par le traitement hydrothérapique, soit une augmentation de 2,5 p. 100.

« Si la fréquence des hémorrhagies intestinales est diminuée par les bains, leur mortalité est aussi beaucoup abaissée par eux. Le tableau suivant donne les chiffres de la mortalité dans les hémorrhagies intestinales traitées par les moyens ordinaires (1) :

1. Reinhard accuse	47.4	pour 100 décès.
2. Griesinger	31.2	—
3. Gietl	50.0	—
4. Wien	50.0	—
5. Betke	42.9	—
6. Jensen	50.0	—
7. Duchek	71.4	—
8. Gerenville	82.4	—
9. Conradi	36.4	—
10. Liebermeister	38.6	—

« Ce qui fait une moyenne de 50 p. 100.

« Chez les malades traités par les bains froids, la mortalité ne s'est élevée qu'à 22 p. 100. Elle est donc de 27,3 p. 100 moindre que chez ceux qui ont été traités par les moyens ordinaires (2). »

Ces conclusions sont loin d'être absolument rigoureuses. Le chiffre de 50 p. 100 assigné par Brand pour la mortalité moyenne des hémorrhagies intestinales, dans la fièvre typhoïde traitée par les moyens ordinaires, est un chiffre approximatif, puisque, au lieu d'être la moyenne du nombre absolu des cas, il n'est que la moyenne des moyennes obtenues par des auteurs différents, qui n'ont pas tous apporté un contingent de faits rigoureusement identiques.

D'une autre part, Goltdammer (3), sur 5,636 cas de fièvres typhoïdes traitées par les bains froids, qu'il a recueillis dans différentes sources, a trouvé 240 hémorrhagies intestinales, soit 4,2 p. 100.

Sur 13,653 cas traités sans bains, 520 entérorrhagies seulement, ou 3,9 p. 100. La différence est donc de 0,3 p. 100 en faveur du traitement ordinaire. Il faut conclure, je crois, de ces deux statistiques, que si les bains froids ne favorisent pas l'entérorrhagie, comme l'affirme M. Peter, ils n'en empêchent pas non plus la production, comme Brand voudrait le démontrer ; mais qu'en tous les cas, ils ne semblent présenter aucun danger, puisque la mortalité de l'entérorrhagie est moindre dans cette forme de traitement que dans les autres.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

(1) Brand, *loco citato*, p. 253.

(2) Brand, *loco citato*, p. 253 et 254.

(3) *Medical examiner*, 7 juin 1877, p. 444.

JOURNAL DES JOURNAUX

Considérations sur des troubles visuels observés avec l'altération de la papille et de la zone péripapillaire chez les malades atteints d'oreillons pendant l'hiver de 1875-1876, par M. Hatry. — Mémoire contenant dix observations d'oreillons, remarquables par l'existence de complications oculaires non encore décrites dans les oreillons. Les malades se plaignent ordinairement de voir moins distinctement, d'avoir un brouillard devant les yeux ; ces troubles visuels sont le plus souvent en rapport avec l'intensité du gonflement parotidien ; ils disparaissent avec lui. L'auteur l'explique par la compression des vaisseaux, laquelle détermine dans les cavités intra-crâniennes et intra-oculaires des congestions plus ou moins considérables. On comprend dès lors que chez les individus qui présentent des symptômes oculaires, il puisse survenir en même temps des symptômes cérébraux.

Dans tous les cas, l'examen ophthalmoscopique permet de rapporter à trois degrés les altérations du fond de l'œil.

Premier degré : Symptômes fonctionnels presque nuls, acuité visuelle peu ou pas diminuée, ni injection palpébrale, ni conjonctivite bulbaire ; papille non injectée, pas d'infiltration péripapillaire ; veines et artères volumineuses.

Deuxième degré : Acuité visuelle diminuée, conjonctivite palpébrale, papille hypérémiée, veines et artères volumineuses, léger cercle d'infiltration péripapillaire.

Troisième degré : Papille fortement injectée, veines flexueuses, turgescentes, artères volumineuses, pouls veineux, cercle vaste d'infiltration recouvrant la papille et l'origine des vaisseaux ; acuité visuelle très-diminuée, notion des couleurs parfois altérée, sensation de brouillard ou d'une fumée couvrant les objets ; photophobie, photophopsie, vertiges, etc. ; injection palpébrale et bulbaire, paupières supérieures gonflées. (*Recueil des mém. de méd. chir. et pharm. militaires,* n° 173.) — H. H.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le professeur H. Draper annonce qu'il a constaté la présence de l'oxygène dans le soleil, et il en déduit une nouvelle théorie du spectre solaire qui ouvre la voie à la découverte d'autres corps non métalliques, tels que le soufre, le phosphore, le sélénium, le chlore, le brome, l'iode, le fluor, le carbone, etc.

M. Lichtenstein adresse la note suivante sur les métamorphoses de la cantharide (*Cantharis vesicatoria*) :

« Il y a longtemps que les entomologistes de tous les pays cherchent à découvrir les transformations de la cantharide ; M. Mulsant, de Lyon, disait, en 1837, dans son histoire des vésicants :

« L'étude des métamorphoses des cantharides fournira le sujet d'un chapitre curieux au « naturaliste qui parviendra à en suivre le développement. »

Depuis cette époque j'étudie cette question : aujourd'hui enfin je crois pouvoir donner l'histoire complète depuis l'œuf jusqu'à la chrysalide.

Le 27 juin, j'ai pris de nombreuses cantharides sur le frêne, en choisissant les fécondées ayant le ventre gonflé d'œufs. Elles se sont mises deux ou trois jours après à creuser la terre du vase où je les tenais captives et m'ont pondu, dans les petits trous cylindriques formés par elles, des masses de 50 à 60 œufs et plus, agglomérés et d'un blanc hyalin. Sept jours environ après la ponte, il est sorti de ces œufs des larves appelées par Léon Dufour des *triongulins*, et figurées par Réaumur, Ratziburg et Mulsant. Elles ont 1 millimètre de long et sont d'un brun foncé, avec les deux anneaux du méso et métathorax et le premier segment de l'abdomen blanchâtres. L'abdomen est terminé par deux longs filets. Cela était déjà connu.

Après mille essais infructueux, je suis parvenu à faire accepter à ces larves une nourriture artificielle, consistant en estomacs de mouches à miel venant de pomper le suc des fleurs. Ces larves ont grossi et, cinq ou six jours après, leur peau s'est fendue. Alors, il m'est apparu une larve toute différente, d'un blanc de lait, sans appendices caudaux et n'ayant plus que des téguments très-mous à la place de l'enveloppe coriace qu'elle venait de rejeter. Ici encore, j'ai dû tâtonner pour trouver une nourriture acceptable, et présumant que dans la nature elles vivent du miel concret des abeilles souterraines, des genres *Halictus*, *Andrena* et voisins, je leur ai offert du miel d'*Osmia* et surtout de *Ceratina*, le seul que j'eusse sous la main dans mes élevages d'*Apiaires*.

Quoique répugnant assez à cette nourriture, qui évidemment n'est pas celle à laquelle la nature les a destinées, mes larves, n'en trouvant pas d'autre dans les tubes en verre qui leur servaient de prison, ont mangé le miel de *Cerátina* et ont grossi et mué trois fois. Successivement les mâchoires, d'abord lisses et très-pointues, prennent au côté interne une et puis deux dents, les antennes changent de forme ; les yeux, très-visibles d'abord, disparaissent de plus en plus, et enfin, après trente jours, une larve, arrivée à tout son développement (ayant environ 2 centimètres de long), s'agitait inquiète dans le tube, en m'indiquant assez qu'il manquait une condition indispensable à sa transformation, la terre.

Je voulais bien la lui fournir, mais je voulais en même temps pouvoir continuer à l'observer. Je pris alors un tube en verre d'environ 2 centimètres de diamètre, bouché à son extrémité par un morceau d'éponge et ayant 3 pouces de long ; je l'enfonçai dans la terre humide d'un vase ; puis, après l'avoir rempli lui-même de terre meuble de jardin, j'y posai ma larve. Elle ne tarda pas à manœuvrer avec ardeur ; grâce à ses robustes pattes et à ses mandibules cor-

nées, elle s'enfonça vite et se déroba à mes regards. Cela se passait le 7 septembre; après avoir attendu huit jours, j'ai retiré avec soin le tube en verre et, à ma grande joie, j'ai vu contre ses parois une petite loge arrondie dans laquelle reposait ma larve. Mais, dès le lendemain, c'est-à-dire le 16 septembre, ainsi neuf jours après s'être enfoncée, la peau de la dernière larve s'est fendue à son tour et m'a laissé en présence de la *pseudonymphe* commune, je crois, à tous les vésicants, c'est-à-dire qu'il y a une véritable chrysalide à coque coriace entourant la nymphe réelle qui se dessinera plus tard.

J'aurais dû peut-être attendre l'éclosion pour faire à l'Académie la communication actuelle; mais, comme la dernière transformation n'aura lieu que vers le printemps, j'ai pensé qu'il y avait toujours intérêt à faire connaître la cantharide dans ses diverses formes, depuis l'œuf jusquà la *pseudonymphe*. Cette dernière est légèrement courbée en arc d'un brun clair, avec la tête et les pattes se dessinant sous forme de mamelons obtus. La peau de la larve est complétement rejetée, tandis que chez les *Méloès* elle enveloppe à moitié la *pseudonymphe* et chez les *Sitaris* elle la recouvre entièrement.

Je ne me dissimule pas combien sont imparfaites les observations faites en dehors de toutes les conditions normales de l'existence d'un insecte; je ne crois pas non plus à une application pratique de la production *artificielle* des cantharides; mais j'espère que l'Académie accueillera avec bienveillance la solution d'un problème entomologique cherchée depuis longtemps. »

M. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juillet 1877. — Présidence de M. Labric, vice-président.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Présentation d'un malade guéri d'une *pleurésie purulente*, par M. Potain. — Communication de M. Laboulbène, au nom de M. Fredet (de Clermont-Ferrand), sur la *randannite*. — Lecture du rapport de M. Ernest Besnier sur les *maladies régnantes* du dernier trimestre. — Lecture d'un travail sur l'*insolation*, par M. Lacassagne. Discussion : M. Laveran. — Communication de M. Dieulafoy sur la *transformation des liquides séro-fibrineux de la plèvre en liquides purulents*.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Gazette médicale de Bordeaux*. — *Journal de thérapeutique* de M. Gubler. — *Gazette médicale d'Orient*. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. — *Compte rendu* des travaux de la Société de médecine et de pharmacie de Toulouse. — *Annales de gynécologie*. — *Archives de médecine navale*. — *The transactions of the American medical Association*. Instituted, 1847, vol. XXVII, Philadelphia, 1876.

M. Gallard présente le dernier volume des *Bulletins* de la Société de médecine légale, et fait remarquer, à cette occasion, que cette Société, reconnue d'utilité publique depuis l'année 1874, répond à des besoins très-réels. Elle est consultée souvent, soit par des médecins, soit par des magistrats, au sujet de diverses questions médico-légales. Le volume présenté par M. Gallard contient des travaux de grande importance pratique, émanés de MM. Devergie, Trélat, Ferrand, Chaudet, Hémar et Choppin d'Arnouville.

—

M. Potain présente un malade, qu'il a guéri d'une pleurésie purulente primitive, à l'aide d'un nouveau procédé opératoire. (Sera publié.)

—

M. Laboulbène communique, au nom de M. le docteur Fredet, médecin de l'Hôpital général de Clermont-Ferrand, la note suivante sur la *randannite* :

J'ai l'honneur d'adresser à la Société médicale des hôpitaux un échantillon de *randannite*, provenant de la commune de Saint-Saturnin (Puy-de-Dôme).

La randannite ou silice fossile est une substance blanchâtre, terreuse, très-légère, ayant une grande ressemblance avec la magnésie calcinée, se coupant facilement avec l'ongle ou une lame tranchante, qui a été trouvée, il y a quelques années, dans les *cheires* (coulées de laves) de Randanne, canton de Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme).

C'est de là que lui vient son nom, et non de Randan, chef-lieu de canton du même département, comme cela a été écrit et imprimé par erreur. (Guibourt.)

Cette substance se rencontre dans certaines dépressions de terrain volcanique, dans des sortes de bassins, recouverte par l'humus végétal. C'est en enlevant cet humus et à quelques pieds sous le sol que l'on trouve cette matière en conglomérats d'une étendue et d'une richesse très-restreintes.

Sur plusieurs points de notre arrondissement on a trouvé la randannite, notamment et pri-

mitivement à Randanne, aux Rouillots, à Saint-Saturnin, à Ceyssat. C'est du territoire de cette dernière commune que l'administration de la guerre tire actuellement toute la randannite qui est nécessaire pour la fabrication de la dynamite.

La randannite est de formation contemporaine. Elle est bien postérieure à l'époque tertiaire. Chimiquement, elle est composée de silice (90 à 92 p. 100), d'alumine, de chaux, de fer et de matières terreuses.

Elle se présente en fragments plus ou moins épais, très-légers, friables et qui, desséchés à une température de + 100° centigrades et réduits en poudre, jouissent d'une propriété absorbante considérable. La randannite peut, dans ces conditions, absorber trois fois à trois fois et demie son poids d'eau. Desséchée à une température supérieure à + 100°, son pouvoir absorbant diminue.

Mon collègue à l'École de médecine, M. Huguet, a déterminé par quelques expériences que je vais indiquer son degré d'absorption de certains gaz et son pouvoir décolorant.

Dans des éprouvettes graduées placées sur la cuve à mercure, il a fait passer de l'hydrogène sulfuré préparé avec le sulfate d'antimoine et l'acide chlorhydrique, puis il y a introduit de la randannite. Le volume du gaz était mesuré avant et après l'opération, en faisant les corrections relatives à la pression et à la température.

Dans une première expérience, un gramme de randannite pulvérisée et sèche a absorbé 82,5 c. c. de gaz; dans une seconde 75,3; dans une troisième 72,7. La randannite entière et non desséchée a absorbé 30,9, 38,4 et 41,3 c. c.

Ces résultats sont assez variables; mais on comprend facilement qu'il en soit ainsi, parce que la pureté des échantillons n'est pas identique; on y trouve parfois de petites masses brunes assez dures et peu poreuses.

Enfin, dans deux flacons, on a versé 100 c. c. de vin rouge et on a ajouté, toutes les vingt-quatre heures, dans l'un 1 gramme de charbon animal lavé, dans l'autre 1 gramme de randannite. Avec 8 gram. de charbon, la décoloration du vin a été complète; avec 22 gr. de randannite, elle n'a pas été obtenue entièrement.

La randannite se dissout facilement, à l'aide d'une douce chaleur, dans les solutions alcalines; à froid, la réaction ne s'opère pas. J'ai l'honneur d'adresser, en même temps que l'échantillon, deux flacons renfermant du silicate de potasse obtenu avec la randannite; l'un renferme du silicate potassique d'une couleur rougeâtre, qui est le produit d'une dissolution de randannite non épurée dans une solution de potasse caustique; l'autre contient du silicate potassique plus transparent obtenu par fusion au creuset de la randannite et de la potasse caustique. La coloration plus ou moins foncée que l'on observe est due à la présence du fer.

Examen microscopique. — Vue au microscope et à un grossissement de 750 D. Verick, la randannite se présente sous forme de tubes plus ou moins allongés, constitués par une enveloppe parfaitement distincte, lesquels tubes renferment quelquefois une matière amorphe.

Ces tubes s'enchevêtrent les uns les autres pour former un véritable feutre; on voit quelques-uns de ces tubes ou fragments de tubes s'accoler bout à bout, séparés par une sorte de diaphragme; d'autres présentent sur leurs bords libres des sortes d'annelures qui font immédiatement reconnaître leur origine animale.

Il est admis que la randannite est constituée par les carapaces d'infusoires végétaux ou animaux. M. l'ingénieur Gaudin en a trouvé encore de vivants dans ses recherches sur la randannite de Ceyssat.

L'on ne court aucun risque en disant qu'elle est constituée par la carapace siliceuse de diatomées appartenant à cette tribu de plantes cryptogames, de la classe des algues, famille des fucacées (De Candolle, *Flor. franç.*, t. II), dont les corpuscules composants, munis d'une enveloppe siliceuse nommée *cuirasse*, diaphane, fragile, formée de silice pure, renferment une sorte de mucilage de couleur jaune plus ou moins foncée, ne se déformant pas par la dessiccation et pouvant subir une calcination assez forte.

Ehrenberg, qui désigne les diatomées sous le nom de bacillariées, a découvert que la substance connue dans l'industrie sous le nom de tripoli, était constituée par des enveloppes de diatomées fossiles. Il a calculé que 0mc001 (un millième de mill. c.) de tripoli pouvait représenter environ 2,000 millions d'individus.

Emploi de la randannite. — La randannite présente un certain intérêt industriel par son emploi dans la fabrication de la dynamite. On fait absorber à la randannite de la nitro-glycérine et on obtient un produit connu sous le nom de dynamite, renfermant jusqu'à 72, 75, 78 p. 100 de nitro-glycérine.

Chacun sait que la supériorité de la dynamite sur la nitro-glycérine consiste en ce précieux avantage de ne pas éclater au simple choc. Elle peut donc se manier sans grand danger et elle n'éclate que lorsque l'étincelle électrique ou celle d'une capsule chargée de fulminate de mercure vient la frapper. Cela est si vrai, que les Compagnies de chemin de fer sont autorisées à

transporter les barils contenant de la dynamite, qui ne devient dangereuse, c'est-à-dire sujette à éclater au choc, que lorsque, mal fabriquée, elle laisse transfuser une portion de la nitroglycérine qu'elle a primitivement absorbée.

Des expériences authentiques et multipliées faites dans ces dernières années, en présence des administrateurs des grandes Compagnies et d'ingénieurs, ont péremptoirement démontré que la dynamite bien fabriquée n'éclate pas au choc.

Usages médicaux. — La randannite, desséchée à + 100° centigrades, tamisée et débarrassée de ses matières étrangères, pourrait être employée :

1° Comme poudre neutre absorbante des liquides et des gaz dans le pansement des plaies;

2° Comme poudre absorbante et antiseptique, à l'instar de la poudre Corne et Demeaux, en y associant du coaltar ou de l'acide phénique, d'après les formules suivantes :

A.	Randannite.	100 grammes.
	Coaltar.	1 à 4 grammes.
B.	Randannite.	500 grammes.
	Acide phénique.	2 —

3° Comme poudre absorbante, dans les cas de pyrosis, d'acidités, de pneumatose, etc., etc. A cette poudre pourraient être associés les amers, les opiacés ou les alcalins, et, comme antidote général, dans les empoisonnements métalliques, cyaniques et alcaloïdiques;

4° Comme dentifrice neutre;

5° Pour la fabrication du silicate de potasse.

—

M. Ernest Besnier donne lecture de son rapport sur les maladies régnantes du dernier trimestre. (Voyez Union Médicale, août et septembre 1877.)

M. Lacassagne lit un travail sur l'*insolation.* (Sera publié.)

M. Laveran : Je crois que mon excellent collègue Lacassagne attribue un rôle un peu trop exclusif à la chaleur dans la pathogénie des accidents dont il vient de nous entretenir; il faut faire la part de la *fatigue* et de l'*altération de l'air* que transporte avec elle une colonne en marche.

Un jour de grande revue, la fatigue des hommes est considérable; dès la veille, les préparatifs commencent; le jour de la revue, ils se lèvent à trois ou quatre heures du matin, et, pour se rendre sur le champ de manœuvres, ils ont souvent de très-longues distances à parcourir; la constriction des effets d'habillement et des courroies, la charge du sac et des armes ajoutent à la fatigue; enfin les heures des repas sont modifiées, et l'intervalle qui sépare le déjeuner du dîner est souvent considérable.

Une colonne en marche transporte avec elle une atmosphère spéciale, ainsi que l'a fort bien dit M. Lacassagne, mais cette atmosphère n'agit pas seulement par sa température élevée, son influence nuisible dépend aussi de la viciation de l'air qui se charge d'acide carbonique et de vapeur d'eau, sans compter le miasme humain et les odeurs désagréables qui souillent l'air. Les médecins de l'armée anglaise des Indes ont remarqué depuis longtemps que le coup de chaleur ou apoplexie de chaleur était très-commun lorsque les troupes marchaient en colonne serrée, tandis qu'il devenait très-rare quand les hommes marchaient à distance les uns des autres. Le danger plus grand couru par les hommes qui sont au centre d'une colonne et l'innocuité relative des cavaliers plus espacés que les fantassins et plus mobiles qu'eux, montrent bien l'influence de l'altération de l'air.

C'est, je crois, à ces conditions : *fatigue* et *viciation de l'air*, qu'il faut attribuer la fréquence des accidents d'insolation dans l'armée, fréquence bien plus grande que dans la population civile. Les laboureurs en pleine campagne sont rarement frappés d'insolation. Le jour de la grande revue de Longchamps, l'immense foule accourue pour assister à ce spectacle n'a fourni qu'un très-petit nombre de malades, tandis qu'une seule des trois ambulances militaires recevait 170 hommes atteints à un degré plus ou moins considérable des accidents que vient de décrire M. Lacassagne.

J'ai eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'un militaire qui avait succombé à un coup de chaleur; j'ai examiné avec soin les muscles, particulièrement ceux qui servent à la respiration, et je n'ai rien trouvé d'anormal, les fibres musculaires étaient très-régulièrement striées; ce fait confirme l'opinion des auteurs qui admettent que la mort par la chaleur n'arrive pas toujours par suite de l'altération des muscles, et qu'elle peut être la conséquence de lésions du système nerveux ou de l'appareil respiratoire.

—

M. Dieulafoy fait la communication suivante : *De l'examen histologique des liquides de la plèvre dans la détermination de l'origine de la pleurésie purulente.*

On a souvent accusé les ponctions simples de la plèvre de pouvoir transformer un liquide séreux en un liquide purulent, et cette transformation a même été un des arguments les plus sérieux invoqués contre la thoracentèse. Il me semble qu'il y a là une erreur d'interprétation.

Quand on examine au microscope le liquide des épanchements pleuraux aigus, on voit qu'il n'y a pas de pleurésie, pour si bénigne qu'elle soit, dont le liquide ne contienne au moins 600 à 800 globules rouges par millimètre cube ; dans d'autres cas, on en trouve 1,500, 2,000, 5,000, etc. Ce n'est même que lorsque chaque millimètre cube en contient environ 5,000 que le liquide prend une teinte légèrement foncée ; jusque-là, le liquide, par sa coloration et son aspect, paraît normal, bien qu'il soit *histologiquement hémorrhagique.*

Eh bien, j'ai cru voir que les pleurésies, qui, à une deuxième ou troisième ponction, deviennent purulentes, sont précisément celles qui, à une première ponction, contenaient un grand nombre de globules rouges; de sorte que la phase de suppuration serait précédée par une phase d'engouement. Pourquoi n'existerait-il pas, pour la plèvre, ce qui existe pour la pneumonie, pour le phlegmon, pour toutes les phlegmasies, en un mot? La formation exagérée des globules blancs (purulence) est précédée d'une phase d'accumulation de globules rouges (congestion, engouement); seulement, quand il s'agit de pleurésie, ces globules tombent en partie dans le liquide.

Je laisse de côté, bien entendu, les pleurésies franchement hémorrhagiques, consécutives au cancer, au traumatisme, etc., je ne m'occupe que de ces pleurésies, franches en apparence, qui contiennent un nombre exagéré de globules rouges, et qui sont dès ce moment vouées à devenir des pleurésies purulentes.

Supposons qu'on ponctionne une de ces pleurésies aux deux périodes de son évolution, on croira que la purulence est consécutive de la première ponction, alors qu'elle n'est que la conséquence naturelle de l'évolution de la pleurésie purulente.

— La séance est levée à cinq heures. *Le secrétaire,* DUGUET.

Éphémérides Médicales. — 13 Octobre 1758.

Naissance de Louis-Antoine Valentin, chirurgien de Paris, qui s'est fait surtout remarquer par des écrits judicieux et par des discussions fort vives qu'il eut avec le célèbre Louis. On lit encore avec intérêt l'ouvrage suivant :

« Question chirurgico-légale relative à l'affaire de demoiselle Fanin, femme du sieur Lancret, accusée de suppression d'enfant, dans laquelle on assigne les symptômes communs et particuliers aux vraies grossesses et aux fausses, et où l'on établit des principes pour distinguer sûrement si une femme est accouchée, ou si elle a eu une hydropisie de matrice. » Berlin, 1768; in-12. — A. Ch.

Service de santé militaire de l'armée de terre. — Par décret en date du 17 septembre 1877, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe : M. Roudet (Jean-Baptiste), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Rennes, en remplacement de M. Vincent, retraité.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Leplat (Émile-Claude), médecin-major de 1re classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Roudet, promu.

Au grade de médecin-major de 1re classe : (Ancienneté.) M. Bergé (Joseph-Théophile-Polydore), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Delange, décédé. — (Choix.) M. Reech (François-Antoine), médecin-major de 2e classe au 30e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Hervé, retraité. — (Ancienneté.) M. Guyon (Jules-Louis-Alexandre), médecin-major de 2e classe au 6e régiment d'artillerie, en remplacement de Douillot, retraité. — (Choix.) M. Moussu (Amédée-Charles-Eugène), médecin-major de 2e classe des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Hamel, retraité. — (Ancienneté.) M. Ferra (Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe au 13e escadron du train des équipages militaires, en remplacement de M. Sculfort, mis en non-activité pour infirmités temporaires.—(Choix.) M. Nogier (Joseph-Jules), méd.-maj. de 2e cl. au 13e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Pomonti, retraite. — (Ancienneté.) M. Émery-Desbrousses (Étienne-Joseph-Aristide-Ernest), médecin-major de 2e classe au 4e régiment de cuirassiers, en remplacement de M. Spilleux, retraité.—(Choix.) M. Tardif (Anthelme-Antoine-Henri), médecin-major de 2e classe au 117e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Leplat, promu.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

III. Troisième point : *Conserver la nourrice.*

Voilà ce qu'il y a de plus essentiel dans l'espèce, et voilà la difficulté majeure. C'est à cela que nous tendions par tout ce qui précède. C'est pour atteindre ce but que nous nous sommes efforcés de faire accepter à notre client les deux premiers points de notre programme.

Là, en effet, est le nœud de la situation. Tout va dépendre de ceci : La nourrice continuera-t-elle ou non à allaiter l'enfant?

Si elle continue, si elle veut bien nous faire la grâce de continuer (car nous sommes à sa discrétion actuellement), tout peut encore s'arranger au mieux, dans les intérêts de tout le monde, ainsi que je l'ai établi au début de cet exposé en étudiant la question théoriquement. Car, d'une part, l'allaitement de l'enfant ne sera pas compromis, et vous savez quelle est l'importance d'une nourrice pour l'élevage des enfants syphilitiques; et, d'autre part, cette nourrice, gardant son nourrisson, n'ira pas porter ailleurs la maladie dont elle est affectée.

Tandis que, si la nourrice quitte l'enfant, tous les inconvénients, disons mieux, tous les dangers précisément opposés aux avantages que je vous signalais à l'instant, vont surgir aussitôt. D'abord, que deviendra le nourrisson privé de sa nourrice? Comment l'allaiter? Nous voici revenus à la situation critique que je vous ai dépeinte précédemment, à la situation d'un enfant qui ne peut plus avoir de nourrice ordinaire, qui ne peut être élevé que par des procédés mauvais, tels que le biberon, ou exceptionnels et souvent irréalisables, tels que le recours à la chèvre, le recours à une nourrice syphilitique. — Puis, en second lieu, que deviendra la nourrice? Ou bien elle retournera dans son village pour y infecter son mari (ce qui s'est produit dans plusieurs des procès que vous pourrez lire); ou bien elle ira chercher un autre nourrisson, auquel elle ne manquera guère de transmettre la

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 19, 31 mai, 26 juin, 7, 30 août, 4, 22 septembre et 6 octobre.

FEUILLETON

UN RECUEIL DE LETTRES DE BOERHAAVE

Il y a quelques jours, en inventoriant les ouvrages manuscrits que possède la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, et après avoir cherché quelque chose de véritablement intéressant, dame Fortune me glissa sous la main un petit volume in-4°, revêtu de sa couverture en veau brunâtre, et qu'à son aspect on reconnaît aisément pour avoir un certain âge. Je l'ouvris... Disons tout d'abord que cette couverture protége 127 feuillets de ce gros papier de fil, bien commun, bien grenu, d'une couleur jaunâtre, mais qui damera éternellement le pion au papier blanc, coquet, de la fabrication moderne... Sur la feuille de garde, je lis ces mots : *Epistolæ magni Boerhaave ad clar. Bassand, Archiatri Ducis Lotharingiæ, postea Romanorum Imperatoris Francisci Primi...* J'avais là, sous les yeux, la *copie* de 90 lettres écrites par Boerhaave à son plus cher ami, le baron Bassand, premier médecin du duc de Lorraine. Ces lettres sont en latin, et roulent sur toutes espèces de sujets se référant à la médecine. Il serait important qu'on pût un jour les publier, soit dans leur texte original, soit avec leur traduction. Boerhaave a été l'un des plus illustres médecins du monde entier. Sa réputation fut digne de son génie; c'est à lui qu'un mandarin écrivit, avec cette suscription : *A. M. Boerhaave, médecin en Europe*, et le paquet parvint à sa destination. L'on sait que l'*Hippocrate* des temps modernes laissa à sa fille unique plus de 200,000 florins, fruit, non d'une avarice sordide, comme on l'a dit, mais d'une économie sage, si aisée et si douce aux esprits élevés.

Ce que nous voulons détacher de notre recueil manuscrit, ce sont cinq lettres écrites en

syphilis (ce dont encore vous trouverez force exemples, et ce dont je vous parlerai plus tard en détail).

Donc, à tous égards, de quelque côté que nous prenions la question, il y a intérêt et intérêt plus que majeur à *conserver la nourrice*.

Or, qu'arrive-t-il en pratique?

Est-il habituel que nous conservions la nourrice? Non. C'est le contraire qui se produit le plus communément. Le plus communément, la nourrice infectée abandonne son nourrisson, voilà le fait. Et cela est tout naturel; cela est dans la situation. Les parents le comprennent si bien, qu'un de leurs premiers mots en réponse au programme que vous leur proposez et que nous discutons actuellement, est pour vous dire : « Mais y songez-vous, docteur? Si nous avertissons la nourrice de la maladie de l'enfant et de la maladie que l'enfant lui a communiquée, elle va nous quitter aussitôt, elle ne consentira plus à rester avec nous. »

La rupture entre parents et nourrice est donc, je vous le répète, un fait usuel, un fait préparé, amené par la force des choses.

Et d'où vient la rupture? Pour la prévenir, il est bon que vous en sachiez les causes, les origines habituelles.

Cette rupture vient tantôt du fait des parents, et tantôt du fait de la nourrice.

1° Elle provient souvent des parents, alors que, malgré tous vos conseils, tous vos efforts, ils hésitent, ils tergiversent dans une situation qui ne comporte pas de retards, alors qu'ils reculent devant un sacrifice moral et pécuniaire, qu'ils lésinent sur l'indemnité, qu'ils « veulent attendre », comme ils le disent (attendre quoi? je vous le demande), qu'ils s'engagent dans la voie du silence et de la dissimulation, etc. Qu'arrive-t-il dans ces conditions? C'est que la nourrice ne tarde guère à apprendre d'une autre source la vérité tout entière; et alors, justement indignée, doublement indignée tant du préjudice fait à sa santé que des résistances opposées à ses réclamations, elle brise net avec les parents, tombe dans les mains des hommes d'affaires, et ne procède plus que par papiers timbrés.

Parfois encore — ceci heureusement n'est plus qu'exceptionnel — certains parents, sans prendre souci des intérêts de l'enfant, courent d'eux-mêmes au devant de la rupture, en déclinant toute responsabilité vis-à-vis de la nourrice, voire en essayant de rejeter sur elle l'accusation dirigée contre eux. Pour être invraisemblable, le fait n'est pas moins authentique. Ainsi, j'ai entendu de mes propres oreilles un père de famille — homme considéré cependant et estimé — dont

---

français : l'une est de la fille de Boerhaave à la fille de Bassand; deux ont été adressées à son cher correspondant par Boerhaave, lequel, atteint alors d'une manière irremédiable, d'une affection du cœur, devait succomber quelques semaines après, et dut prendre sa chère fille pour secrétaire; deux autres lettres, enfin, sont signées de Mme Boerhaave. On ne les lira pas sans émotion; car elles ont trait à la mort de son illustre époux. Faisons remarquer que Boerhaave avait l'habitude de dater ses lettres à la manière de J.-J. Rousseau, c'est-à-dire qu'il marquait le mois et le jour par des chiffres qu'il plaçait entre le millésime, coupé ainsi en deux : le mois de janvier portait le n° 1; le mois de février, le n° 2, et ainsi de suite; de telle sorte que, par exemple, le 1er mars 1877 eût été exprimé ainsi : $18\frac{1}{3}77$; le chiffre 1 indiquant le jour, et le chiffre 3, le mois.

Mademoiselle Boerhaave à Mademoiselle Bassand.

Ma très chère Demoiselle,

Je me suis trouvée fort honorée en recevant votre très oblijante lettre, que mon Père me donnoit pendant que je jouai à mon clavecimbe. Mais je suis confuse, voyante que vous avies pour moy tant de bonté.

Je m'estimerai tousjours bien heureuse si vous me feries la grace de me ranger au nombre de vos bonnes amies. Il est vray, Mademoiselle, que j'aime beaucoup la musique italienne (1). C'est pour cela, avec votre permission, que je prends la liberté de vous écrire, à votre

(1) C'était un héritage de famille. Non content d'être le premier savant de l'Europe, Boerhaave cherchait dans les arts un délassement à ses travaux. On sait qu'il jouait très-agréablement de la flûte traversière, et qu'il faisait volontiers sa partie dans un concert.

l'enfant avait infecté une nourrice, me tenir l'incroyable langage que voici : « Tout mauvais cas est niable, et le mien ne fait pas exception à la règle. L'enfant et la nourrice, dites-vous, ont tous deux la vérole; mais *lequel l'a donnée à l'autre?* La nourrice accuse l'enfant, c'est son rôle. Mais libre à moi de riposter en disant que c'est elle qui a contagionné l'enfant. D'ailleurs, est-ce que je connais cette femme et sa moralité? Qui me répond et qui pourra prouver qu'elle n'avait pas la vérole en entrant ici, ou qu'elle ne l'a pas contractée depuis lors d'une façon autre que par l'allaitement? Nous plaiderons. Eh bien, soit! Ne pouvant rien perdre à plaider devant d'autres juges que vous, qui me condamnez d'avance, j'accepte le procès; c'est une chance à risquer. » — Inutile de vous dire, Messieurs, ce qu'à de telles infamies un médecin doit répondre, et ce qui lui reste à faire en pareille circonstance.

2° D'autres fois, la rupture vient de la nourrice, et cela dans des conditions diverses.

Tantôt, justement effrayée des premiers symptômes apparus sur l'enfant, la nourrice se retire aussitôt, avant même l'arrivée du médecin. Tantôt, et plus fréquemment, c'est à propos et à la suite de notre visite qu'elle abandonne son nourrisson. Bien qu'avertie par nous de la situation avec toute la prudence et tous les ménagements possibles, en dépit de toutes les promesses, de tous les sacrifices consentis par la famille, la pauvre femme s'enfuit, affolée, épouvantée, indignée. Pour rien au monde, elle ne se résoudrait à continuer l'allaitement de ce nourrisson qui lui répugne, qui lui fait horreur, qui, dit-elle, ne manquerait pas « de l'empoisonner encore davantage ». Que voulez-vous? On ne raisonne ni avec le dégoût, ni avec la peur.

Donc, elle s'en va. Pour une raison ou pour une autre, elle se sépare de son nourrisson. Et c'est là, Messieurs, un résultat *déplorable*. Oui, déplorable, car il ne *répare rien* et *compromet tout*, car il ne profite à personne et nuit à tout le monde.

Et notez que ce résultat eût pu être conjuré, si les deux parties actuellement adverses eussent été mieux conseillées, mieux éclairées sur leurs intérêts propres. Car elles auraient eu tout avantage à s'entendre, à s'accorder.

C'est donc ici que le rôle du médecin peut être *utile*, éminemment utile à tous. Et voici comment. Par la connaissance qu'il a de telles situations, par l'expérience qu'il en a acquise, le médecin sait à l'avance ce qui se prépare et ce qui va se pro-

---

demande, le son de ma voix; la dernière étendue de ma pauvreté ne s'étend que jusqu'à *g*. J'espère que j'aurai quelquefois le bonheur de recevoir de vos nouvelles; si je puis être en état de vous rendre quelque service, vous m'obligeres infiniment en me le faisant savoir, car j'ai bien de raison de chercer amitié avec la fille unique d'un vertueux qui est aimé, estimé, et honoré infiniment de mon cher Père, dont je suis la fille unique. Dieu nous conserve longtemps ce pair des fidels amis. Adieu, Mademoiselle, je serai tousjours avec beaucoup de respect,

Ma très chère Demoiselle,

Votre très humble et très obéissante servante,

Leyde, le 13 décembre 1734. J. Maria BOERHAAVE.

Boerhaave au docteur Bassand.

Monsieur mon très-cher ami,

J'étais tombé dans la dernière faiblesse quand j'avais le bonheur d'être honoré par vous de vos dernières. Dieu fasse que les grands faits de ce très-illustre Héro (1) réussissent pour le bien du genre humain, et à la gloire de lui, à qui appartient tout qui soit aimé et honoré.

Je commence à devenir un peu plus fort, mais dans un épuisement si anéantissant que je n'en puis plus lire. Adieu, mon grand ami!

Monsieur mon très cher ami,

Votre très humble et très obéisent serviteur,

Leyde, 17 ; 38. H. BOERHAAVE.

(1) Ce héros est François de Lorraine, qui avait été élu duc de Lorraine le 27 mars 1729, puis empereur des Romains le 13 septembre 1745. Il mourut le 18 août 1765.

duire, s'il laisse s'entre-choquer parents et nourrice. Il sait qu'une rupture est imminente, et il connait les conséquences regrettables de cette rupture pour l'enfant, pour la nourrice, pour tout le monde. Lui seul est de sang-froid entre gens irrités, ne raisonnant plus, ne se rendant plus un compte exact de l'état des choses. Lui seul peut s'interposer pour éclairer et accorder les deux parties au mieux de leurs intérêts réciproques. Donc son devoir est d'intervenir. Son devoir moral est de se rendre maître de la situation pour la diriger comme il l'entend, pour la régler comme il convient qu'elle le soit, c'est-à-dire honnêtement et utilement tout à la fois.

En somme, que doit-il faire? Ceci :

1o En ce qui concerne les parents, exercer sur eux la plus énergique pression pour les contraindre à accepter le plan de conduite que je vous ai exposé et à l'accepter immédiatement. « Allons, leur dira-t-il, pas d'hésitation! Il n'est qu'un seul moyen pour sortir de l'impasse où vous êtes; ce moyen, je vous l'ai offert, il faut vous y résoudre. Le salut de votre enfant peut dépendre de la résolution que vous allez prendre. Sa vie peut être à ce prix; *vous n'avez pas le droit d'hésiter.*

2o En ce qui concerne la nourrice, le médecin doit user vis-à-vis d'elle de son autorité, de son prestige moral, pour la persuader, pour la diriger, pour l'amener au meilleur parti qu'elle puisse prendre dans les circonstances présentes. Tenez-lui donc à peu près le langage que voici : « Nourrice, un malheur vous a frappée. Nous le regrettons tous amèrement; et, dans la mesure du possible, la famille de l'enfant s'efforcera de le réparer. Un dédommagement vous est dû; une indemnité vous sera allouée, n'ayez aucune crainte à ce sujet. — Mais, maintenant, un peu de calme, et voyez clair dans vos intérêts. *Vous avez tout avantage à rester ici; vous avez tout désavantage à nous quitter.* Car, si vous nous quittez, que ferez-vous? Retourner chez vous, près de votre mari? Mais vous lui donneriez le mal que vous avez, puisque vous n'êtes pas guérie. Entrer dans une autre place? Mais cela est impossible; car, moi, d'abord, je ne puis vous délivrer de certificat, bien entendu. Puis on ne vous acceptera nulle part, avec la maladie que vous avez. Réussiriez-vous même à vous placer, cela serait bien pis pour vous encore; vous donneriez du mal à votre nourrisson, et vous seriez inquiétée à votre tour. — Tandis que si vous restez avec nous, d'abord vous conserverez le bénéfice de votre lait; puis on vous traitera, on vous guérira. Et alors, votre nourriture faite, vous pourrez retournez vers votre mari, sans crainte de lui communiquer un mauvais

---

Boerhaave au Docteur Bassand.

Monsieur et très-cher ami,

Mon mal s'empire; mes forces se diminuent; les oppressions du cœur causées par le polypus sont continuelles et de la dernière cruauté. Dieu le veut ainsi, sa volonté très parfaite et souveraine soit glorifiée dans la soumission de sa créature, qui n'aime ni adore que l'infinité de l'Éternel (1)! Graces à Dieu qui vous bénit par l'usage du lait, j'espère qu'il vous rendra une santé parfaite avec une ame contente.

Je suis réjoüi que votre prince soit guéri; j'espère que Dieu le conservera pour le genre humain.

Les œuvres de Monsr Swammerdam sont enfin achevés; le deuxième tome est devenu beaucoup plus grand qu'on ne l'avait prévû (2).

C'est pourquoi le prix montera à proportion. J'ai payé vos inscriptions du premier tome avec l'argent que vous m'envoyâtes; avec cela je vous ai envoyé les récipissés; si bien qu'à présent, pour tirer vos exemplaires, il sera nécessaire de renvoyer les récipissés avec l'argent pour le 2me tome, et de donner vos ordres comment les exemplaires doivent être addressés.

(1) Boerhaave est mort le 23 septembre 1738, c'est-à-dire moins de quinze jours après cette lettre, la dernière, certainement, qu'il ait écrite, ou plutôt qu'il ait dictée.

(2) Il s'agit ici du *Biblia naturæ, sivè historia insectorum* de Swammerdam, publié par les soins de Boerhaave; deux magnifiques volumes in-fol., avec les deux textes latin et hollandais, et accompagné de fort belles planches (t. I, 1737, 362 pages; t. II, 1738, 910 pages, sans les tables).

mal. — Il faut donc conserver votre nourrisson actuel, et cela, dans votre intérêt, dans l'intérêt de votre mari, de votre avenir. — Songez bien à tout cela, à tête reposée, sans colère; et, croyez-moi, prenez la seule résolution que vous ayez à prendre, *restez !* »

En procédant de la sorte, Messieurs, vous parviendrez plus d'une fois (j'en ai l'expérience) à retenir une nourrice qui, sans vous, allait partir, et à sauver une situation qui, sans vous, allait devenir des plus critiques.

Votre devoir, à vous médecin, sera alors accompli ; et la récompense de vos efforts sera un résultat considérable obtenu. Résultat considérable, puisque la conciliation dont vous avez été le médiateur réunit ici tous les avantages possibles en favorisant tous les intérêts : intérêts de l'enfant qui gardera sa nourrice; — intérêts de la nourrice qui conservera le métier dont elle vit et qui sera traitée comme elle doit l'être; — intérêts de la famille, trop heureuse d'échapper, au prix d'un sacrifice pécuniaire, à un procès déplorable et aux scandales de la publicité; — intérêts de la société, qui sera sauvegardée contre les ricochets possibles d'une redoutable contagion.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

ANDRAL

LA MÉDECINE FRANÇAISE DE 1820 A 1830 (1)

Par Em. CHAUFFARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8°. Paris, 1877. Librairie J.-B. Baillière et fils.

M. Chauffard, après avoir rappelé tous les enseignements contenus dans ce bel ouvrage d'Andral, la *Clinque médicale,* enseignement portant surtout sur l'auscultation, dont il fut un propagateur des plus efficaces, sur l'évolution naturelle des maladies aiguës, sur les crises, à la croyance desquelles il ramena les esprits, sur la nature médicatrice que, malgré les objurgations de Broussais, il maintint comme fait doctrinal et d'observation, enfin sur la thérapeutique des maladies aiguës que, pour quelques-unes, il ramena à l'expectation pure et aux soins de l'hygiène, M. Chauffard, disons-nous, arrive à l'analyse et à l'appréciation du *Précis d'anatomie pathologique.*

(1) Suite et fin. — Voir les numéros du 2 et 9 octobre.

Voyci tout ce que j'ai pû dicter. Dieu vous conserve dans sa divine protection. Je suis,

Monsieur et très cher ami,

Votre h. et très obéissant serviteur,

Leyde, 17 $\frac{11}{9}$ 38. H. BOERHAAVE.

Madame veuve Boerhaave au Dr Bassand.

Monsieur,

C'est dans la plus grande tristesse que j'ai l'honneur de vous communiquer qu'il a plu au Tout Puissant de me séparer par la mort de mon très-cher Époux, He. Boerhaave, dans l'âge de soixante et neuf ans huit mois. Je m'assure que vous prendrez part dans une perte si considérable pour moy, et j'espère que Dieu vous conservera longtemps pour des pertes semblables.

Monsieur,

Votre très humble servante,

Leyde, 17 $\frac{26}{9}$ 38. Maria BOERHAAVE, née DROLENVAUX.

Madame veuve Boerhaave au Dr Bassand.

Monsieur,

Je me suis trouvé honorée de votre obligeante letre du 26 octobre; j'ai trouvé le billet du premier Tome de l'ouvrage de Mr Swammerdam, que j'ai envoyé chez Monsr Ogié, avec un paquet dans lequel étaient six oraisons. Monsieur, je vous prie d'avoir la bonté d'en donner à les personnes que vous saves d'avoir été les plus grands amis de Monsieur Boerhaave. Si vous

Ces pages sont un véritable modèle d'analyse et d'appréciation. On n'analyse pas une analyse, il faudrait tout citer. M. Chauffard y fait cependant la part de la critique. Il n'approuve pas l'élimination plus apparente que réelle que fit Andral de l'*inflammation*, à laquelle il substitua l'hypérémie active, pure substitution de mots, ainsi que le lui reprocha fortement l'école de Broussais. M. Chauffard aurait pu remarquer que le *Précis d'anatomie pathologique* contient une véritable classification basée sur l'anatomie, ce qui était assez naturel dans un ouvrage de ce genre, mais ce qui l'était un peu moins dans un cours de pathologie interne, tel que M. Andral le professa pendant plusieurs années avec un immense succès. Ce succès, qui se manifestait par une affluence énorme d'auditeurs dans le grand amphithéâtre de la Faculté, devait singulièrement être pénible à Broussais, pour qui on avait créé en 1830 la chaire de pathologie générale. Or, la popularité du grand agitateur du Val-de-Grâce avait énormément décliné. Son cours n'attirait plus que quelques fidèles autour de sa chaire, et le malheur était que son cours précédait immédiatement celui d'Andral. De sorte qu'il arrivait ceci, que pendant la première demi-heure du cours de Broussais, l'amphithéâtre était à peu près désert, et que durant la dernière demi-heure, l'amphithéâtre s'emplissait jusqu'aux vomitoires par une foule avide d'entendre la leçon d'Andral. Ce contraste était frappant et devait irriter celui qui, quelques mois auparavant, avait aussi attiré à ses cours une foule enthousiaste.

La dernière partie du *Précis d'anatomie pathologique*, dans laquelle Andral, dans son chapitre consacré aux *lésions du sang*, tentait la résurrection de l'humorisme, et préludait à ses belles recherches d'hématologie avec la collaboration de Gavarret et de Delafond, sert à M. Chauffard de transition naturelle pour faire l'exposition et l'appréciation de ces travaux si remarquables, et par lesquels M. Andral a précédé toute la génération actuelle dans l'application des sciences physico-chimiques et du microscope dans l'étude des phénomènes physiologiques et morbides. M. Chauffard rappelle avec quelle colère, on peut dire avec quelle indignation, Broussais et son école accueillirent les premières tentatives d'Andral pour la résurrection de l'humorisme. Après avoir cité un passage de Boisseau dans lequel ce critique distingué s'étonne d'une pareille tentative et se demande si de pareilles choses ont pu sortir de la plume d'un médecin, M. Chauffard ajoute :

« Que deviendrait l'étonnement de Boisseau, si, reparaissant parmi nous, il voyait non-seulement la chute profonde du physiologisme, — il pouvait la prévoir malgré sa fidélité à cette doctrine, — mais encore la renaissance de l'humorisme sous toutes ses formes? Ici, la matière morbide, la *matière peccante*, cemme l'appelaient les anciens, invoquée pour expliquer toute fièvre, exagération qui reproduit les vieilles exagérations; là, les altérations des parties constituantes du sang recherchées avec une finesse de procédés que nul ne pouvait soupçonner? Que dirait-il s'il voyait le rôle peut-être excessif que l'on fait jouer à l'anémie, et jusqu'à ces altérations primitives et spontanées du sang que l'on reconstitue de partout, et dont les anémies spontanées et essentielles, pernicieuses ou progressives, dont on poursuit actuellement

---

en souhaitez une plus grande quantité, vous n'aves qu'à commander, car je m'estimerais heureuse en pouvant faire quelque chose à votre service.

J'ai fait chanter à cette triste occasion la belle pièce de musique que vous aves envoyé, qu'on a fort bien exécuté et fort applaudie pour la belle composition. J'espère que celle [ci] vous parviendra en parfaite santé, et je vous prie de faire mes complimens et ceux de ma fille à Mademoiselle Bassand. Je suis avec respect,

Monsieur,

Votre très humble servante,

Leyde, 17 $\frac{16}{11}$ 38. Maria BOERHAAVE, née DROLENVAUX.

Les recherches que nous avons faites nous autorisent à croire que ces 90 lettres de Boerhaave n'ont jamais été imprimées. Si nous nous sommes trompé, nous faisons appel à la bienveillance de nos correspondants, lesquels, au nom de la vérité, sauront bien relever notre erreur.

Dr A. CHEREAU.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République, en date du 12 octobre 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, et après avis conforme du Conseil de l'ordre, a été nommé au grade de chevalier dans la Légion d'honneur :

M. le docteur Rivairol (Louis-Léon-Pierre), membre du Conseil général de Tarn-et-Garonne et président de la commission départementale ; ancien chirurgien militaire; médecin de l'hospice de Montauban; conseiller municipal depuis 23 ans; élu au Conseil général en 1864; 26 ans de services.

l'histoire, sont une image? Boisseau comprendrait à ce spectacle que les exclusifs ont tort en tout, et que l'économie vivante est un abîme de choses et de faits qu'une seule idée ne comblera jamais. L'esprit de l'homme qui imagine un système peut-il jamais croire qu'il atteindra à une représentation vraie de la nature? Celle-ci ne dépassera-t-elle pas à tout jamais nos imaginations, si subtiles ou bien tournées qu'elles soient? »

Cette notice est ainsi parsemée de réflexions sages et judicieuses, conciliatrices, surtout entre les effervescences du progrès et un respect intelligent et éclairé de la tradition. M. Chauffard nous semble être devenu aujourd'hui le représentant le plus autorisé de ce vitalisme que l'Union Médicale a qualifié de vitalisme tolérant et progressif, acceptant et favorisant tous les progrès, tout en restant fidèle au grand principe qui, depuis Hippocrate, domine la médecine, et a survécu à tous les systèmes et à toutes les doctrines.

Après avoir cité un passage des plus topiques de l'hématologie, M. Chauffard ajoute : « Quelle différence entre ces notions précises, caractérisant nettement les faits cliniques, et celles qu'Andral émettait dans son *Précis d'anatomie pathologique!* Des deux côtés, le sujet est le même, *lésions du sang;* mais quelle distance dans la connaissance! Là des aperçus vagues, mal démontrés alors même qu'ils sont justes; ici des faits positifs, des lois générales embrassant et classant les faits, un langage scientifique, la tradition renouvelée. L'*Essai d'hématologie pathologique* fait d'Andral le fondateur de l'humorisme moderne et scientifique. Ce titre ne lui sera pas enlevé, pas plus que ne s'effacera désormais l'étude des altérations humorales. L'étonnement aujourd'hui ne saurait plus être, comme en 1829, du côté de ceux qui revoient vivante la pathologie des humeurs que l'on croyait éteinte sans retour; il serait, et profond, du côté de ceux qui venaient en contester et l'existence et le rôle considérable. Que les temps sont donc changés et combien les systèmes vivent peu! »

L'espace nous manque pour suivre M. Chauffard dans son exposé remarquable des opinions philosophiques d'Andral, de son appréciation de cet éclectisme dont il avait arboré le drapeau, et qui lui suscita une très-vive opposition, opposition, selon nous, très-mal fondée; car, l'éclectisme, Andral a échoué à l'élever au rang d'une doctrine, ce n'est pas même une méthode, c'est tout au plus un procédé par lequel l'esprit humain discerne le bon du mauvais, le vrai du faux, et, dès lors, qui donc n'est pas éclectique, qui donc n'a pas l'intention et la prétention de choisir le bon et le vrai?

C'est avec plaisir aussi que nous nous étendrions sur les brillantes pages que M. Chauffard a consacrées aux leçons sur l'histoire de la médecine professées par M. Andral, recueillies par M. Tartivel, et publiées dans l'Union Médicale. Quel jour à jamais regrettable que celui où M. Andral, cédant à l'obligation de devoirs plus intimes, abandonna sa chaire et laissa inachevée l'œuvre historique qu'il avait si éloquemment et si savamment commencée! L'interruption du cours de M. Andral fut un véritable malheur public; on est de plus en plus convaincu de cette douloureuse pensée en lisant le magnifique exposé de la médecine hippocratique, dont M. Chauffard cite d'admirables fragments. Et il ajoute :

« Or, celui qui faisait entendre de tels enseignements, qui exprimait en de tels termes son admiration pour Hippocrate et pour l'antiquité médicale, ce savant qui avait si glorieusement et si utilement lutté, si largement payé sa dette de travail et de progrès, pour qui la retraite n'était ni l'indifférence ni le repos, ce savant, dis-je, continuait à prêter une attention sympathique et toujours en éveil à l'impulsion nouvelle qu'imprimait à la médecine l'expérimentation physiologique, l'observation reculée par le microscope, les moyens d'analyse fournis par la chimie moderne. Scruter le passé, connaître le présent, pressentir l'avenir, y tendre en faisant appel à toutes les forces, à tous les modes d'investigation, à toutes les sources de connaissance, telle fut jusqu'à la fin sa pensée constante et comme le besoin de sa nature. Il aimait la science d'un amour profond et curieux; il la trouvait belle et admirable sous toutes ses faces; il vécut pour elle.

« On peut le proposer en exemple aux jeunes générations qui tiennent en leurs mains les destinées futures de la médecine. »

L'éminent professeur de la Faculté de Paris, qui occupe en ce moment la chaire de pathologie générale illustrée par Andral, était digne de payer à son prédécesseur le tribut d'hommage dû à cette chère mémoire. Je crois que M. Chauffard l'a fait avec un sentiment et en des termes qui auraient satisfait Andral. C'est une belle et impartiale étude; c'est de la critique historique d'une haute valeur qui restera et sera fructueusement consultée par les historiens de notre époque.

A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 octobre 1877. — Présidence de M. Panas.

Sommaire. — Présentation de pièce pathologique : Tumeur osseuse maligne (sarcome ou enchondrome) de l'extrémité inférieure du fémur. — Contracture des muscles de la moitié de la face, suite de traumatisme.

M. Le Dentu présente une pièce pathologique constituée par une tumeur osseuse (sarcome ou enchondrome) de la partie inférieure du fémur.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, d'une santé habituelle, qui fut prise, pour la première fois, il y a quatre ans et demi, d'une douleur assez vive à la partie inférieure du fémur, au niveau du condyle interne; cette douleur fut le seul symptôme appréciable éprouvé par la malade jusqu'au mois de février 1875. A ce moment apparut une tuméfaction qui fit de rapides progrès pendant l'année 1876 et atteignit, en 1877, un développement considérable.

A l'époque où la malade est entrée à l'hôpital, dans le service de M. Le Dentu, c'est-à-dire le 1er octobre dernier, la tumeur mesurait 64 centimètres de circonférence. La peau qui la recouvrait était intacte, mais de couleur violacée, et sillonnée de veines variqueuses. Au-dessus de la tumeur, le membre était augmenté de volume comparativement à celui du côté sain. En explorant attentivement le fémur aux extrémités des doigts, on sentait manifestement une tuméfaction profonde indiquant qu'il s'agissait bien d'une tumeur osseuse.

Le doute n'était pas permis et le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre un ostéo-sarcome et un enchondrome.

M. Le Dentu pensa d'abord à un sarcome, mais, au dernier moment, après avoir eu sous les yeux une planche de la dernière livraison de l'ouvrage consacré par M. Houel à la description iconographique des pièces du musée Dupuytren, planche représentant une tumeur dont l'extrême analogie avec celle de sa malade le frappa vivement, M. Le Dentu changea d'avis et s'arrêta à l'idée d'un enchondrome. Il lui parut que la tumeur de sa malade avait une consistance et une élasticité qui la rapprochaient plutôt de l'enchondrome.

D'ailleurs, l'état général de la malade n'était pas mauvais; il n'existait aucun signe de cachexie, sauf un peu de maigreur qui, du reste, au dire de cette femme, lui était habituelle; enfin l'exploration attentive des organes internes ne permettait de découvrir aucune lésion viscérale.

D'après ces données qui lui semblèrent éloigner l'idée d'une tumeur cancéreuse, M. Le Dentu proposa à la malade la désarticulation de la cuisse, ce qui fut immédiatement accepté. L'opération a été pratiquée hier d'après le procédé à deux lambeaux : l'un antérieur, l'autre postérieur; elle n'a rien présenté de particulier. Les vaisseaux ont été saisis, au fur et à mesure de leur section, à l'aide de pinces hémostatiques, et la ligature de la fémorale a été réservée pour la fin de l'opération.

Toutefois, vers le milieu de l'opération, la malade, qui avait été chloroformisée avec le plus grand soin, a présenté des phénomènes de dépression assez marquée sans être immédiatement inquiétante. La pâleur de la face, le refroidissement général du corps, la lenteur, la mollesse et la petitesse du pouls indiquaient un état lipothymique dont il a fallu tirer la malade à l'aide des frictions et de la flagellation.

L'opération a pu ensuite s'achever sans encombre; la plaie a été réunie à l'aide de trois points de suture profonde et de plusieurs points de suture superficielle convenablement espacés; quatre tubes à drainage ont été établis pour l'écoulement des liquides; enfin le pansement de Lister a été appliqué avec toutes les précautions minutieuses indiquées par son auteur. M. Le Dentu, bien qu'il considère le cas comme très-grave, espère que, grâce à toutes ces conditions, la malade a des chances d'échapper à la mort.

L'examen de la pièce pathologique semble justifier le diagnostic définitivement adopté par M. Le Dentu. Les caractères appréciables à l'œil nu sont ceux de l'enchondrome. L'élément cartilagineux paraît constituer la partie fondamentale de la tumeur. L'os semble avoir subi une altération profonde jusqu'au canal médullaire, qui lui-même est loin d'être sain. M. Le Dentu termine en disant qu'il faut attendre l'examen histologique pour se prononcer définitivement sur la nature de la tumeur.

La communication de M. Le Dentu a donné lieu à une discussion intéressante, en ce qu'elle fait ressortir l'incertitude qui existe encore dans la science au sujet du diagnostic et de l'anatomie pathologique des tumeurs désignées sous les noms d'ostéo-sarcome, d'enchondrome, de cancer des os, etc.

M. Gillette regrette que M. Le Dentu n'ait pas insisté plus longuement sur la symptoma-

tologie de sa malade, en particulier sur le caractère du symptôme douleur. Dans l'ostéo-sarcome, les douleurs spontanées et les douleurs provoquées sont généralement très-vives et permettent de distinguer cliniquement ce genre de tumeurs de celles signées sous le nom d'enchondromes, dans lesquelles les douleurs sont moins vives. M. Gillette constate que, dans la pièce de M. Le Dentu, les cartilages articulaires sont restés intacts.

M. Houel distingue deux espèces d'enchondromes : l'enchondrome bénin, qui n'a pas de tendance à se généraliser, et l'enchondrome malin, qui se rapproche du cancer par sa tendance à la généralisation ; il pense que le cas de M. Le Dentu rentre dans cette dernière catégorie; l'os est aussi profondément altéré que possible, et l'altération a gagné le canal médullaire atteint d'ostéo-myélite intense. Il ne croit pas que la malade de M. Le Dentu puisse être sauvée.

M. Duplay pense qu'il est impossible de se prononcer d'une manière absolue sur le diagnostic de la tumeur et le pronostic de l'opération, d'après le simple examen de la pièce à l'œil nu. Il y a de tout dans cette pièce extrêmement complexe : du sarcome, du myxome et de l'enchondrome. Quoi qu'il en soit, M. Duplay considère la maladie comme susceptible de récidive prochaine.

M. Desprès déclare qu'il s'agit d'un cancer, et il base ce diagnostic sur l'âge de la malade, la date de la maladie qui remonte à quatre ans, enfin sur l'amaigrissement général signalé par M. Le Dentu chez son opérée.

M. Marc Sée a eu l'occasion d'observer à la Maison municipale de santé une petite fille qui avait une tumeur située à la partie supérieure de l'humérus, très-près de l'articulation scapulo-humérale. Le développement rapide de la tumeur, qui avait distendu la peau, l'avait amincie et enflammée, obligea M. Sée à pratiquer la désarticulation du membre. Les suites de l'opération semblèrent d'abord favorables, mais la cicatrisation de la plaie n'était pas encore achevée lorsque plusieurs autres tumeurs se développèrent sur diverses parties du crâne ; l'affection s'était généralisée.

M. Lucas-Championnière a vu un malade traité par M. Guyon d'un enchondrome de la cuisse par la désarticulation du membre. Le malade guérit de son opération ; il ne mourut que plusieurs mois après, des suites d'un cancer du poumon.

M. Amédée Forget dit que, quel que soit le nom sous lequel on désigne la tumeur présentée par M. Le Dentu, ostéo-sarcome, sarcome, enchondrome, cancer, etc., il faut, pour poser le diagnostic et le pronostic, avoir égard surtout aux caractères cliniques. Pour lui, le développement rapide de la tumeur lui aurait fait penser à une tumeur maligne, et il se serait abstenu d'intervenir. Il est bien d'opérer, mais s'abstenir vaut mieux encore lorsque l'opération doit être fatalement suivie de récidive.

M. Amédée Forget se demande s'il n'y a pas, dans l'état actuel de la science, de caractère clinique indiquant au chirurgien placé en présence d'une tumeur, s'il doit ou non opérer. Ce point lui semble plus important que la détermination des différences histologiques entre les tumeurs, détermination généralement stérile au point de vue pratique.

M. Nicaise a eu l'occasion d'observer, dans son service à l'Hôpital temporaire, un malade atteint de tumeur sarcomateuse de la jambe, lequel n'avait éprouvé aucun phénomène morbide autre qu'une douleur très-vive dont il fut pris tout à coup en marchant, et qui l'obligea de s'arrêter et de se faire transporter chez lui. La tumeur apparut ensuite et se développa rapidement, acquérant en quelques semaines le volume considérable qu'elle avait au moment où il entra à l'hôpital. M. Nicaise pratiqua l'amputation de la jambe, mais la tumeur récidiva sur place avant la fin de la cicatrisation. Le malade mourut d'une récidive dans le poumon.

M. Duplay dit avoir également observé un cas de sarcome du calcanéum longtemps pris pour une ostéite. Il pratiqua l'amputation de la jambe à la partie moyenne; moins d'un an après, il se manifestait une récidive dans les parties molles du moignon.

M. Marjolin pense qu'il ne faudrait pas se hâter de conclure, d'après ces faits de récidive après opération, qu'il faut toujours s'abstenir dans les cas de tumeur osseuse. On s'exposerait ainsi à laisser mourir des malades qu'une opération eût pu sauver. Il se rappelle avoir pratiqué l'amputation de la cuisse à la partie moyenne chez une religieuse atteinte de tumeur osseuse, que des chirurgiens fort distingués des hôpitaux, Michon, Hervez de Chégoin, M. Desormeaux, avaient jugée être de nature maligne. Or, l'opération a été pratiquée, il y a vingt ans, et la malade vit encore.

M. Le Dentu, répondant aux diverses observations dont sa communication a été l'objet, dit que la douleur n'offre pas un caractère suffisant pour distinguer le sarcome et l'enchondrome, malgré l'affirmation de M. Gillette; quant à l'état général de sa malade, il répète qu'il n'a observé chez elle aucun signe de cachexie; l'amaigrissement qu'elle présentait était normal et tenait à la constitution plutôt qu'à la maladie; s'il y avait eu cachexie, M. Le Dentu se serait naturellement abstenu.

M. Le Dentu ne se fait pas la moindre illusion sur la gravité du cas de sa malade. La rapidité du développement de la tumeur l'oblige de la considérer comme une tumeur de nature maligne. Mais est-ce une raison pour croire que le cas est incurable, et qu'il valait mieux laisser mourir la malade de sa belle mort que d'intervenir? M. Le Dentu ne le pense pas. La science n'a pas de signe certain, ni histologique ni clinique, qui permette de distinguer les tumeurs osseuses curables de celles qui ne le sont pas; c'est une lacune à combler. Mais, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir, de crainte, ainsi que le disait si bien M. Marjolin, de laisser mourir des malades qu'une opération eût pu sauver. M. Marjolin n'est pas le seul chirurgien qui ait vu guérir des malades opérés pour des tumeurs osseuses considérées comme étant de nature maligne. De tels exemples ne sont pas rares, et M. Le Dentu en connaît plusieurs pour sa part. Dans le doute, il faut donc agir; plus tard la science dira peut-être dans quels cas il convient de s'abstenir.

— M. Duplay communique un fait curieux de contracture permanente des muscles de la moitié droite de la face, survenue chez un jeune homme de vingt ans, à la suite d'un coup violent reçu sur cette partie. Celle-ci, immédiatement après l'accident, avait été le siége d'un gonflement notable. Au bout de huit jours, le malade venait à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine pour une contracture comme tétanique de la moitié droite de la face. Au premier aspect, le malade semblait être atteint de tétanos. Il avait le rire sardonique. Du côté droit, les traits étaient contractés, comme si cette moitié de la face avait été fortement électrisée, tandis que l'autre moitié offrait l'immobilité d'un masque. Contre cette contracture des muscles de la moitié droite de la face, on constatait celle des muscles de la mâchoire, du masséter et des ptérygoïdiens du même côté. M. Duplay s'assura qu'il n'y avait aucune lésion de la dentition capable d'expliquer cet étrange phénomène. On sait, en effet, que l'évolution difficile des dents de sagesse donne parfois lieu à une contracture réflexe des muscles de la face du côté de la dent malade. Il y avait donc une autre cause.

M. Duplay ne peut s'expliquer physiologiquement cette contracture par l'inflammation des muscles succédant à la violence traumatique. Il croit qu'il s'agit ici d'une contracture réflexe déterminée par l'irritation traumatique du trijumeau répercutée sur le nerf masticateur et sur les branches du facial. Aucun fait analogue n'existe dans la science, au dire de M. Duplay, qui a fait d'inutiles recherches pour en trouver de semblable. La maladie s'est, du reste, terminée d'une manière favorable. M. Duplay s'est borné à pratiquer la distension des muscles contracturés et à prescrire quelques applications calmantes extérieures auxquelles il ne croit pas d'ailleurs qu'il convienne d'attribuer une part quelconque dans la guérison. Les muscles ont repris leur état normal au bout d'un mois à un mois et demi de traitement.

M. Guéniot rappelle que M. Dubrueil a communiqué, il y a quelques années, à la Société de chirurgie, un fait de contracture des muscles d'un membre consécutive à la lésion traumatique d'une articulation de ce membre. M. Guéniot a communiqué également un cas de ce genre. Enfin Duchenne (de Boulogne) a montré que les lésions articulaires donnent lieu à des irritations de la moelle et consécutivement à des contractures musculaires.

M. Duplay répond que, chez son malade, l'articulation temporo-maxillaire n'avait été le siége d'aucune lésion.

M. Terrier a vu un malade qui, à la suite d'un corps, avait eu une contracture de tous les muscles de la face, moins le masséter; le sterno-mastoïdien était également contracturé. Indépendamment des contractions toniques, permanentes, les muscles étaient agités, par intervalles, de contractions cloniques. Le malade a complétement guéri.

M. Desprès dit que ces contractures sont dues à des névrites résultant du traumatisme; on observe ces mêmes accidents à la suite de l'application de l'électricité.

M. Nicaise a observé un individu de 50 ans, qui était depuis deux ans à l'hôpital temporaire, où il était entré pour une contracture permanente des muscles animés par le nerf facial, consécutivement à l'action d'une cause traumatique.

M. Duplay rappelle que Duchenne, de Boulogne, a montré depuis longtemps les faits de contracture des muscles de la face consécutive à la paralysie faciale; cette contracture est le résultat du trouble survenu dans la nutrition des muscles par suite de la paralysie. Peut-être est-ce à un cas de ce genre que se rapporte le fait de M. Nicaise. Mais, dans le cas de M. Duplay, il n'y a rien de semblable; il s'agit d'une contracture survenue d'emblée sans paralysie antécédente, à la suite d'un traumatisme. Seul le cas de M. Terrier offre de l'analogie avec celui de M. Duplay.

— Dans la prochaine séance, la Société de chirurgie sera appelée à nommer, par la voix du scrutin, un secrétaire général, en remplacement de M. Paulet, nommé, comme on sait, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Dr A. Tartivel,

M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue

FORMULAIRE

PILULES FERRO-HYDRARGYRIQUES. — DIDAY.

Mercure métallique. . . . . Fer réduit par l'hydrogène.	ââ. .	1 gr. 50 centigr.
Miel blanc.		3 grammes.
Gomme adragant		q. s.

F. s. a. 60 pilules.

Deux ou trois par jour, aux sujets syphilitiques qui sont encore à la période prodromique, et qui se trouvent ainsi dispensés de prendre isolément des médicaments ferrugineux et des préparations mercurielles. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 16 OCTOBRE 1804.

Mort d'Antoine Baumé, l'un des chimistes et pharmaciens dont la France s'honore le plus. Son père n'était qu'un honnête aubergiste de Senlis. Il devint pensionnaire de l'Académie des sciences, associé de l'Institut, membre de la Société de médecine. Presque tous ses travaux ont eu un but utilitaire. On lui doit une méthode pour teindre les draps de deux couleurs; un moyen de dorer les pièces d'horlogerie; un autre pour éteindre facilement les incendies; un autre pour conserver les blés, etc., etc. Ce noble travailleur avait acquis une grande fortune; la Révolution la lui fit perdre; sa philosophie lui apprit à se consoler et à travailler de nouveau. — A. CH.

COURRIER

BIENFAITEURS DE L'ASSOCIATION. — L'Association vient de recevoir les dons suivants :

MM. Legroux, médecin du Bureau central. .	100 fr.
Descroizilles.	100
Ladreit de la Charrière.	50
Hallopeau, médecin du Bureau central.	200
Peiffer.	40

Ont été admis dans la Société centrale : MM. Legroux, Byasson, Chevalet, Goubert, Commenges, Rey, Gonbaut.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 octobre courant, M. le docteur Auguste Voisin, médecin des hospices publics d'aliénés, a été chargé, pour l'année scolaire 1877-1878, d'un cours complémentaire des maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière.

COURS ANNEXES DE CLINIQUE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 octobre 1877, en exécution du décret du 20 août dernier, MM. les agrégés chargés d'un service hospitalier, et MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux ci-après désignés ont été chargés, pour une période de dix ans, des cours annexes de clinique suivants :

MM. les docteurs :

Besnier (Ernest), médecin de l'hôpital Saint-Louis; cours cliniques des maladies de la peau.

Archambault, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades; cours cliniques des maladies des enfants.

Panas, agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière; cours cliniques des maladies des yeux.

Tillaux, agrégé libre de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière; cours cliniques des maladies des voies génito-urinaires.

Fournier (Alfred), agrégé libre de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; cours cliniques des maladies syphilitiques (formes secondaires et tertiaires).

Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi; cours cliniques des maladies syphilitiques et vénériennes.

PESTE BOVINE. — Le ministre de l'agriculture et du commerce, vu la loi des 28 septembre et 6 octobre 1791; vu le décret du 5 septembre 1865; vu notre arrêté du 11 mai 1877,

Considérant que, malgré les mesures rigoureuses prises par le gouvernement austro-hongrois et par les autorités de l'empire d'Allemagne, la peste bovine vient d'éclater dans plusieurs localités de l'Autriche, et notamment à Vienne et à Kœnigsberg, et s'est introduite sur le territoire allemand, dans le voisinage de notre frontière.

Sur la proposition du directeur de l'agriculture,

Arrête :

Art. 1er. — L'article 2 de notre arrêté du 11 mai 1877, interdisant l'importation et le transit des animaux de l'espèce bovine de la race grise des steppes et des ruminants, ainsi qu'à leurs peaux fraîches et débris frais provenant de l'Angleterre, de la Russie, des Principautés-Danubiennes et de la Turquie, est étendu à tous les ruminants, à leurs peaux fraîches et débris frais provenant de l'empire austro-hongrois et de l'empire d'Allemagne.

Art. 2. — Les préfets des départements sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 14 octobre 1877. C. DE MEAUX.

ÉCOLE PRATIQUE. — Jeudi dernier a eu lieu, au Tribunal de commerce, l'adjudication des travaux de reconstruction et d'agrandissement de l'École pratique de médecine.

Ces travaux, évalués à la somme de 1,500,000 francs, devront être exécutés avant l'Exposition de 1878.

L'architecte chargé de la direction des travaux est M. Ginain.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ÉTIENNE (LOIRE). — Concours public pour une place de médecin. — L'Administration des hospices civils de Saint-Étienne fait savoir que, le lundi 29 avril 1878, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin.

Le concours aura lieu devant le conseil d'administration, assisté d'un jury médical, et se composera de cinq épreuves, savoir :

Le lundi, question d'anatomie et de physiologie ;
Le mardi, question de pathologie interne ;
Le mercredi, question d'hygiène et de thérapeutique ;
Le jeudi, clinique, avec consultation orale ;
Le vendredi, clinique, avec consultation écrite.

Le médecin qui sera nommé à la suite du concours, entrera en exercice le 1er juin 1878. Son traitement sera de 1,500 francs par an.

HOSPICES CIVILS DE ROUEN. — Concours pour une place de *médecin adjoint,* le 19 décembre 1877.

Une place de médecin adjoint des hôpitaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mercredi 19 décembre 1877.

Ce concours aura lieu à l'Hospice général, sous la présidence d'un administrateur.

Les fonctions de médecin sont gratuites.

La *Société contre l'abus du tabac* vient de mettre à l'étude la question suivante :

« Influence du tabac sur les fonctions de la génération. Dans quelle mesure le tabac peut-il déterminer la dégénérescence de la race ? »

La Société va entreprendre des expériences sur les animaux ; elle prie, en outre, les médecins qui possèdent des observations sur cette importante question, de vouloir bien les lui faire parvenir rue Saint-Benoît, n° 5, à Paris.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 11 octobre 1877, on a constaté 817 décès, savoir :

Variole, 1 décès ; — rougeole, 13 ; — scarlatine, 3 ; — fièvre typhoïde, 48 ; — érysipèle, 5 ; — bronchite aiguë, 39 ; — pneumonie, 51 ; — dysenterie, 3 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 9 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 27 ; — croup, 13 ; — affections puerpérales, 1 ; — affections aiguës, 223 ; — affections chroniques, 346 (dont 152 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 40 ; — causes accidentelles, 25.

A Londres, du 30 septembre au 6 octobre 1877, on a compté 1,308 décès.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le remarquable mémoire lu, mardi dernier, par M. Mialhe, sur l'emploi des alcalins, a suscité de la part de M. Gubler quelques sages remarques et de judicieuses réflexions. Tout en approuvant la doctrine générale exposée par M. Mialhe sur l'emploi thérapeutique des alcalins, le savant professeur de thérapeutique a cru devoir faire des réserves formelles sur deux propositions de M. Mialhe. Le bicarbonate de soude étant un sel faisant partie de l'organisme, son usage ne pouvait nuire à l'organisme. M. Gubler a répondu fort justement que d'autres substances faisant aussi partie de l'organisme, prises immodérément, devenaient un véritable poison, comme l'oxygène par exemple, qui, selon les belles expériences de M. Paul Bert, tue parfaitement les animaux soumis à de trop fortes doses de ce gaz.

Ne s'alcalise pas qui veut, a ajouté M. Mialhe, car, par un émonctoire toujours ouvert, le bicarbonate s'échappe et ne s'accumule pas dans l'organisme. Sans doute, répond M. Gubler, mais il faut pour cela que les reins soient dans un parfait état de fonctionnement. Leur congestion, à plus forte raison leur inflammation, et à coup sûr leur dégénérescence, rendraient le filtre impuissant et inutile. D'où l'indication, précieuse pour les médecins, de ne prescrire le bicarbonate à haute dose qu'après s'être assuré de l'état d'intégrité des reins.

En résumé, M. Gubler croit à l'alcalisation; elle est moins fréquente sans doute que ne le croyait Trousseau, mais elle est réelle, et il en a cité des exemples. En prescrivant les alcalins, les praticiens doivent se souvenir de cette éventualité; mais ils doivent être maintenus dans la thérapeutique, et M. Gubler a même engagé les médecins à être moins timorés dans leur emploi.

M. Oré (de Bordeaux) a fait parvenir à l'Académie la seconde partie d'un mémoire sur l'empoisonnement par l'amanite bulbeuse. Il croit que le poison de ce champignon est analogue à la strychnine, et comme M. Oré a prouvé expérimentalement que le chloral était l'antagoniste de la strychnine, il émet l'opinion que ce même agent annihilerait le poison de l'amanite. Il serait bien à désirer que la commission nommée pour l'examen de ce travail se mît à l'œuvre et éclairât le plus tôt possible l'opinion sur la valeur des expériences du professeur de Bordeaux.

M. Lunier, candidat dans la section d'hygiène, a lu un mémoire sur l'influence des boissons alcooliques sur la santé physique et intellectuelle des populations.

A. L.

PATHOLOGIE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LA PATHOGÉNIE DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE; DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES (1)

Par le docteur Henri HUCHARD, ancien interne des hôpitaux de Paris.

V. — DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES.

5° *Déductions thérapeutiques.* — Deux indications : combattre la dégénérescence du cœur et l'anémie cérébrale. — Emploi de la digitale, du café, de la caféine, de l'alcool, des toniques, etc. — Morphine contre l'anémie cérébrale. — Contre-indication de certains médicaments (bromure de potassium, etc.). — Causes principales de la mort dans la dothiénentérie.

Nous avons vu que la mort subite n'est pas toujours imprévue, et que certains symptômes avant-coureurs permettent au médecin attentif d'annoncer auparavant l'imminence du danger. Dans ces conditions, le thérapeute a un rôle prophylactique à jouer, et si nous avons tant insisté sur les théories de la mort subite, c'est surtout parce que nous avons voulu en déduire des considérations pratiques. Or, deux indications surgissent de cette étude :

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 15, 25 septembre, 2, 4, 6 et 11 octobre.

1° Il faut combattre l'affaiblissement du cœur;
2° Il faut combattre l'anémie cérébrale.

1° Pour remplir la première indication, c'est la digitale qu'il faut employer à doses modérées; tel est le conseil donné avec tant de raison par M. Hayem, qui a toujours obtenu de bons résultats par l'emploi de ce médicament dans la forme parétique de la myocardite typhique. Il résulte, en effet, des expériences de M. Widal (1) pour la fièvre typhoïde, de Grimshaw (2) pour le typhus, que la digitale n'a aucune influence sur la durée de la fièvre ou sur la température, tandis qu'elle déterminerait à petites doses une augmentation de la tension artérielle, une diminution de la fréquence du pouls et une énergie plus grande dans la contractilité cardiaque. En résumé, la digitale agit à titre de tonique cardio-vasculaire.

Nous pensons également que l'usage du café et de la caféine, à la dose de 0,15 à 0,20 centig. et même plus, pourrait contribuer à réveiller les contractions languissantes du cœur, et nous nous appuyons, pour en recommander l'emploi, non pas seulement sur des vues théoriques, mais aussi sur les effets que nous en avons obtenus dans la myocardite varioleuse, et que nous avons consignés dans notre travail (3).

Enfin Stokes, qui avait signalé déjà dans le typhus les signes incontestables de l'affaiblissement du cœur, insistait beaucoup sur l'importance d'une médication tonique, stimulante, sur l'usage du vin et de l'alcool (4).

2° Pour remplir la seconde indication, c'est-à-dire pour combattre l'anémie générale et la tendance aux accidents de l'ischémie bulbaire, il faut soutenir les forces du malade, lui donner une nourriture réparatrice, prescrire les préparations de quinquina, et pendant le cours de la fièvre, tâcher de nourrir le malade, d'abaisser la température par l'emploi des affusions froides ou des bains froids sagement appliqués; enfin, quand les symptômes d'ischémie cérébrale (vertiges, étourdissements, lipothymies, etc.) deviennent accusés, il est un moyen que nous avons recommandé tout dernièrement et qui réussit parfaitement bien dans tous ces cas, nous voulons parler de l'emploi de l'opium, et surtout de la morphine en injections sous-cutanées (5). L'opium, comme on le sait, congestionne les centres nerveux, et nous en avons eu la preuve évidente par la disparition rapide de tous les symptômes d'anémie cérébrale grave qui menaçaient la vie des malades atteints

(1) Widal. *Recueil des mém. de méd. et chir. milit.*, p. 285, 1873.

(2) *Dublin Journ. of med. science*, 1873 (cité par Hayem). La digitale n'a également aucune action sur la température dans la variole, ainsi que notre maître, M. Desnos, nous l'a fait souvent constater.

(3) Desnos et Henri Huchard. *Loc. cit.*, p. 42-43.

(4) Il est bon de rappeler que, pour Stokes, le cœur dans le typhus peut être le siége d'altérations organiques et *fonctionnelles* (*loc. cit.*, page 452). De même aussi, dans la fièvre typhoïde, il existe des troubles fonctionnels du cœur, un état parétique de cet organe ne répondant à aucune altération de son tissu et dû seulement à l'action prolongée d'une température élevée sur le système musculaire, et le myocarde en particulier. Donc, dans certains cas *rares à la vérité*, l'affaiblissement cardiaque pourrait peut-être exister en l'absence de toute altération granulo-graisseuse ou ischémique du myocarde. Cette observation est nécessaire pour répondre à l'objection que l'on pourrait adresser à notre théorie, en s'appuyant sur l'absence de lésions cardiaques, dans certains cas que nous avons rapportés d'après M. Dieulafoy. Dans un excellent travail en cours de publication, M. Libermann (UNION MÉD., n° 118, page 546) exprime la même idée en exagérant peut-être la fréquence de ces troubles fonctionnels : « Pour que cette parésie (du cœur) se produise, dit-il, il n'est pas besoin de l'infiltration granulo-graisseuse du muscle cardiaque, qu'on est loin de rencontrer toujours, et sur la signification de laquelle les récentes recherches d'Erb et de Bernheim laissent encore des doutes. Le travail exagéré du cœur, sa mollesse, sa flaccidité due aux combustions fébriles, l'adynamie produite par l'empoisonnement typhique, suffisent largement pour l'expliquer. » (*Des complications de la fièvre typhoïde dans le traitement par les bains froids et les traitements ordinaires.*)

(5) *De la médication opiacée dans l'anémie cérébrale due aux affections du cœur* (*insuffisance et rétrécissement aortiques*); *applications au traitement des anémies en général.* (*Journal de thérapeutique*, janvier 1877.)

de rétrécissement et surtout d'insuffisance aortique. Dans sa thèse inaugurale sur la physiologie du sommeil (1872), notre collègue et ami le docteur Langlet, de Reims, a signalé chez certains convalescents de fièvre typhoïde, l'influence exercée sur les troubles de l'innervation cardiaque par la veille et le sommeil, les intermittences du cœur augmentant à l'état de veille et diminuant au contraire de fréquence et d'intensité pendant un sommeil calme et prolongé. Sans doute, on peut supposer que le système nerveux atteint par une dénutrition profonde peut mieux réparer ses pertes lorsqu'il est à l'état de repos, mais nous pensons aussi que le sommeil physiologique ou le sommeil provoqué, par la congestion qu'il détermine vers l'encéphale, peut combattre avantageusement l'état d'ischémie dont il est atteint.

A côté du chapitre des indications se trouve celui des contre-indications. Puisque nous savons maintenant que l'anémie cérébrale est un danger, on comprend que l'on doit bannir de la thérapeutique, surtout aux approches de la convalescence, tous les médicaments capables de produire ou d'augmenter cette ischémie en excitant la contractilité des capillaires cérébraux, comme par exemple l'ergotine, le sulfate de quinine, la belladone et surtout le bromure de potassium.

Puisque nous savons que la diminution de la contractilité cardiaque n'est pas aussi sans jouer un certain rôle dans la production des accidents mortels, on doit proscrire toute médication débilitante ayant pour résultat l'affaiblissement du cœur ; il faut éviter aux malades les émotions violentes, les changements brusques de position, l'action d'une douleur physique un peu vive; il faut recommander de garder le plus longtemps possible la position horizontale, leur interdire tout travail intellectuel.

Enfin, lorsque la syncope se produit, il faut mettre en usage tous les moyens proposés contre cet accident, et sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister parce qu'ils sont trop connus. Il faut surtout, dans certains cas, employer l'inversion complète du corps qui réussit si bien dans les syncopes dues à l'administration du chloroforme. Mais souvent il arrive que l'on triomphe de la première ou de la seconde syncope, quand à la troisième ou à la quatrième, le malade ne peut plus être ranimé. Il faut se rappeler, dans ces cas, que le devoir du médecin est de persévérer pendant longtemps dans l'emploi des moyens qui d'abord paraissaient impuissants; à ce sujet, nous rapporterons un cas intéressant cité dans la thèse de M. Longuet :

Pendant la contre-visite du soir, un malade, dans le cours d'une fièvre typhoïde asthénique, fut pris d'une syncope. M. le docteur Kiener, un quart d'heure durant, emploie en vain pour le ranimer tous les moyens ordinairement mis en œuvre dans ces circonstances. N'arrivant à aucun résultat, il avait déjà quitté le lit, tenant la mort pour certaine, quand se ravisant, il reprend la série des mêmes moyens, et il a la satisfaction, après un quart d'heure de nouveaux efforts, de voir la vie renaître peu à peu et le malade revenir à lui; peu de temps après, la convalescence arrivait, et le malade sortait guéri (1).

Ainsi donc, comme on le voit, cette étude n'a pas eu seulement pour but d'élever une théorie à côté de celles qui avaient été admises par les différents auteurs. Elle a un but essentiellement pratique comme toutes les recherches de ce genre. L'étude des causes de la mort dans les maladies, étude que nous n'avons fait qu'ébaucher encore pour la variole, est féconde en excellents résultats; elle est la clef du pronostic, elle nous montre le danger à craindre, à éviter et à combattre. Elle nous a déjà appris, pour ce qui regarde la fièvre typhoïde, que la mort peut être lente, rapide ou subite.

Elle survient lentement par les progrès de la maladie, au milieu de cette adynamie profonde engendrée sans nul doute par l'altération du sang dont nous ne connaissons pas malheureusement la nature exacte. Puis, ce sont des phénomènes

(1) Longuet. *Loc. cit.*, p. 40.

ataxiques ou ataxo-adynamiques, des symptômes cérébraux intenses qui peuvent bien avoir leur source dans les manifestations congestives si fréquentes de la dothiénentérie (voyez thèses de Chédevergne et Cazalis) (1), ou encore dans les complications phlegmasiques des centres nerveux (2). Plus rarement ce sont des symptômes spinaux ou spino-bulbaires qui emportent les malades (Fritz) (3). Ailleurs, ce sont les symptômes pulmonaires qui prédominent et créent le danger (congestion ou œdème du poumon, pneumonie hypostatique, pneumonie pseudo-lobaire, survenant surtout pendant la convalescence) (4). D'autres fois encore, c'est le cœur qui est en cause avec ses phénomènes de collapsus, de thrombose intra-cardiaque, dont l'influence sur la production d'infarctus viscéraux et des gangrènes des membres a été si bien démontrée par M. Hayem. Enfin, ce sont des eschares qui peuvent épuiser les malades, ou encore en donnant lieu, de concert avec l'altération du sang, à des thromboses veineuses, à la *phlegmatia alba dolens* qui, elle aussi, devient indirectement la source d'accidents graves et mortels (5). Il faut compter aussi avec les affections du larynx, l'œdème de la glotte, les érysipèles, les suppurations colliquatives qui peuvent encore survenir à la fin de la maladie. Enfin, depuis les recherches récentes sur ce sujet, les complications rénales peuvent encore assombrir le pronostic et devenir une des causes de mort lente ou rapide.

L'embolie ou la thrombose pulmonaire, la thrombose des sinus cérébraux, les hémorrhagies intestinales, les perforations de l'intestin avec péritonite suraiguë, etc., sont les causes les plus fréquentes de morts rapides. Ces péritonites suraiguës sont bien différentes de ces péritonites moins graves, subaiguës, qui peuvent survenir au début même de la fièvre typhoïde, et qui sont dues seulement à la propagation de l'inflammation des glandes de Peyer au péritoine (6).

Enfin, la mort peut survenir subitement dans la convalescence de la maladie; nous avons étudié cette mort subite qui a lieu par syncope, heureux si nous avons pu jeter pour notre faible part quelque lumière sur un sujet si obscur et si diversement interprété.

(1) Chedevergne. *De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives*, etc. Paris, 1864. — J. Cazalis. *De la valeur de quelques phénomènes congestifs dans la dothiénentérie.* Paris, 1874.

(2) Lereboullet. *Étude clinique sur les complications cérébro-spinales de la fièvre typhoïde.* (*Gaz. hebdom.*, 1877.)

(3) Fritz. *Étude clinique sur les divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde.* Paris, 1864.

(4) Destais. *Sur quelques accidents pulmonaires, et sur la pneumonie pseudo-lobaire en particulier, survenant dans le cours de la fièvre typhoïde.* Thèse de Paris, 1877.

(5) Voyez : Dumontpallier, in *Gaz. méd.*, 10 fév. 1877, et thèse de Hie : *Sur la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde.* Paris, 1877.

(6) Voir, sur ce sujet, une thèse de Sales : *Sur la péritonite par propagation au début de la fièvre typhoïde.* Paris, 1875.

La péritonite peut être aussi spontanée (Trousseau) ou consécutive à l'inflammation de la vésicule biliaire, accident rare signalé par Laveran. (*In* thèse inaug. de Paris, 1876, de Hagenmüller : *Sur la cholécystite dans la fièvre typhoïde.*)

REVUE DE PSYCHIATRIE

I. Des rémissions dans la paralysie générale. — II. Aliénation mentale et diabète. — III. Un halluciné homicide.

I. — L'étude clinique des rémissions dans la paralysie générale soulève un grand nombre de questions intéressantes touchant l'évolution, le pronostic, le traitement et la médecine légale de cette affection. M. Baillarger qui, dans des travaux antérieurs, avait eu déjà l'occasion de traiter cet important sujet, vient de le reprendre dans un article des *Annales médico-psychologiques* (n° de mai 1876), intitulé : *Note sur les rémissions dans la forme maniaque de la paralysie générale*; mais, cette fois, moins pour en faire ressortir les côtés pratiques que

pour y trouver des preuves nouvelles en faveur de sa théorie sur la nature de la paralysie générale.

On admet généralement que la paralysie générale peut débuter d'emblée par ses deux symptômes essentiels, la démence et la paralysie, et, dans d'autres cas, — les plus fréquents, — commencer par un accès de manie, de mélancolie et surtout de mélancolie hypochondriaque, quelquefois même par du délire partiel. Dans laquelle de ces formes observe-t-on le plus fréquemment des rémissions? Tous les cliniciens sont d'accord pour reconnaître qu'elles ne se présentent, pour ainsi dire, que dans les formes maniaque, mélancolique et monomaniaque; mais que c'est surtout dans la première de ces formes qu'elles sont le plus fréquentes. Ainsi Marcé, dans son *Traité des maladies mentales* (p. 441), dit : « C'est habituellement « quand la paralysie générale a débuté sous la *forme maniaque* et expansive qu'on voit se « produire les rémissions. L'agitation se calme, l'embarras de la parole diminue, les idées « ambitieuses elles-mêmes s'éloignent, à tel point qu'on se demande si cette amélioration « n'aboutira pas à une guérison parfaite. » Cependant, s'il est un certain nombre de malades chez lesquels les troubles de la motilité et les troubles intellectuels diminuent simultanément et, tout en persistant, se réduisent à des proportions minimes, il en est d'autres, au contraire, chez lesquels « l'embarras de la parole persiste d'une manière très-apparente, et « cependant ils raisonnent juste, se conduisent convenablement dans le monde, ont souvenance « d'avoir été aliénés, et attribuent eux-mêmes à un état de folie toutes les fausses con- « ceptions dont ils ont gardé le souvenir. Dans les cas rares où la disparition du délire « coïncide avec la diminution des troubles de la motilité, on comprend sans peine que cet « état puisse simuler la guérison et en imposer à un observateur superficiel (Marcé, p. 442). » M. Baillarger croit devoir conclure de là que ce qui, en réalité, reste dans les cas de rémissions, ce sont les symptômes de la paralysie générale, tels qu'ils se montrent à la première période de cette maladie, quand elle est primitive et simple. Ce qui a disparu, dit-il, c'est l'accès de manie. « Ce qu'on appelle les rémissions dans la paralysie générale ne sont donc point des rémissions de la paralysie générale elle-même, mais des guérisons de l'accès maniaque. » Il en est de même pour les rémissions dans les formes mélancolique et monomaniaque.

D'après ce court exposé, on peut déjà prévoir les conclusions que l'éminent aliéniste va tirer de ces prémisses. La paralysie générale, en tant que type morbide spécial, n'a pour symptômes essentiels que la démence et les troubles de la motilité; l'élément vésanique (accès de manie, mélancolie, etc.), qui vient s'ajouter dans un grand nombre de cas, ne doit être considéré que comme complication de la paralysie générale à son début. On a là deux processus morbides, marchant pour ainsi côte à côte, comme la pleurésie compliquant la pneumonie, et dont l'un peut continuer à évoluer, tandis que l'autre se dissipe et disparaît, ne laissant que de légères traces de son passage.

Cette théorie, qui frappe l'esprit par sa simplicité, trouvera certainement beaucoup de contradicteurs. A l'interprétation des faits donnée par M. Baillarger, ils en opposeront une autre, celle par exemple professée par un grand nombre de spécialistes qui, ne scindant pas l'élément vésanique de l'élément paralytique, les considèrent l'un et l'autre comme des symptômes de la paralysie générale. Contrairement à l'éminent aliéniste, ils regardent donc cette affection comme une maladie une et identique, constituée, au point de vue séméiologique, par trois éléments distincts associés entre eux : 1° des troubles de la motilité; 2° de l'affaiblissement intellectuel; 3° des manifestations délirantes de forme maniaque, mélancolique ou même monomaniaque, mais présentant néanmoins un caractère spécial, celui de la démence.

Dans les discussions qui s'élèveront nécessairement entre les partisans de ces deux théories, l'étude clinique des faits devra tenir une grande place; et encore faudra-t-il à la fois commenter les observations qui font exception, et analyser avec soin les faits-types si nombreux dans la science. Quoi qu'il en soit du résultat de l'enquête, on devra tenir grand compte des arguments que M. Baillarger tire des rémissions dans la paralysie générale en faveur de ses idées sur la nature de cette affection, non-seulement parce qu'ils ont été émis par un maître en aliénation mentale, mais parce qu'ils peuvent éclairer d'un nouveau jour les questions si ardues de la marche et du traitement de cette terrible maladie.

II. — Quelles sont les relations entre le diabète et l'aliénation mentale? Existe-t-il quelques rapports entre la première de ces affections et les perturbations morales? Depuis longtemps on a décrit les troubles nerveux qui accompagnent le diabète; il est même démontré que la glycosurie peut, comme tant d'autres maladies neveuses, se produire à la suite d'une violente émotion morale : Griesinger, Jaccoud, Andral en ont cité des exemples probants. Quant à l'action inverse du diabète sur le moral, elle est moins bien établie. Voici comment s'exprime à ce sujet le docteur J. Cotard, dans un savant travail qu'il vient de publier (*Aliénation mentale et diabète*, in *Arch. gén. de méd.*, n° de mars 1877) « Il faut d'abord écarter l'in-

fluence qu'exerce toute affection que le malade sait être chronique et difficilement curable, celle plus importante de la perte des fonctions génésiques, enfin celle de l'affaiblissement musculaire et des divers accidents qui tourmentent les diabétiques. Ces conditions fâcheuses peuvent contribuer à produire la tristesse, le découragement, le *tædium vitæ* qu'on a observés chez quelques malades, plus rarement d'ailleurs qu'on aurait pu le croire. Quelquefois, cependant, apparaissent des troubles intellectuels plus caractérisés et vraiment vésaniques... » Ces cas de vésanie diabétique, comme les a appelés Marchal, de Calvi, sont rares, et les faits les plus probants sont, à n'en pas douter, ceux où l'on voit le diabète alterner avec les névroses et les vésanies, soit chez le même individu, soit dans les divers membres d'une même famille. M. Cotard cite, à ce propos, deux observations : l'une de Seegen, l'autre qui lui est propre. Dans la première, il s'agit d'une femme atteinte de mélancolie, puis améliorée, qui présenta ensuite une grande exaltation à retours multipliés, et devint enfin diabétique. Chez cette femme, le diabète se termina par la mort au bout de dix-sept mois; on trouva dans le lobe moyen de l'hémisphère droit un foyer d'apoplexie capillaire.

Quant au malade de M. Cotard, dont nous allons analyser l'observation, il fournit un exemple curieux de diabète succédant à une vésanie grave, mais qui s'améliore d'une manière inespérée.

Il s'agit d'un jeune homme d'une trentaine d'années qui, sous l'influence d'idées de persécution, s'enfuit de la maison paternelle, et acheta un poignard et un revolver pour se défendre contre ses ennemis imaginaires. Placé dans une maison de santé, au mois d'octobre 1872, on constata l'existence des symptômes suivants : hallucinations de l'ouïe que le malade n'avoue pas facilement, mais qui se manifestent par ses gestes, ses attitudes et ses conversations solitaires à voix basse, dans les moments où il ne se sent pas observé; idées de défiance et de persécution; extérieur mélancolique. A partir du mois d'avril 1873, ces symptômes alternent avec de courtes périodes d'excitation : M..., par moments, court, crie, saute et gambade de la façon la plus extravagante. Dans le courant de l'année 1874, des rémissions se produisent, pendant lesquelles le malade peut lire des livres sérieux auxquels il paraît s'intéresser, il s'occupe de musique; les crises d'excitation deviennent plus rares et sont très-courtes. Au commencement de 1875, on s'aperçoit que M... boit de grands verres d'eau rougie entre ses repas; ses urines sont examinées, et on trouve un abondant précipité par la liqueur de Bareswill. Le malade n'accuse, d'ailleurs, d'autre malaise qu'un sentiment de faiblesse générale; il est pâle et assez maigre, on ne constate pas de troubles notables de la sensibilité ni des organes des sens, pas de troubles non plus de la motilité, en dehors des gesticulations singulières déjà mentionnées et qui deviennent de plus en plus rares. L'appétit est considérable; soumis à un régime fortement animalisé et tonique, et aux alcalins, M... en éprouve un soulagement notable; son teint devient meilleur, il trouve que ses forces reviennent. Cependant les urines contiennent toujours une grande quantité de sucre. Dans les derniers mois de l'année 1875, et jusqu'à l'époque de sa sortie (en juin 1876), l'état mental de ce jeune homme a continué de s'améliorer. Les crises ne se sont pas reproduites; les idées délirantes et les hallucinations de l'ouïe semblent avoir disparu; les sentiments et l'intelligence se réveillent.

Cette observation, intéressante à bien des titres, l'est surtout par la coïncidence qui semble avoir existé entre l'amélioration de l'affection mentale et la production du sucre dans l'urine. La folie a-t-elle été *jugée* par la glycosurie? Esquirol qui, dans son ouvrage, insiste beaucoup sur l'application de la doctrine des crises à l'aliénation mentale, n'hésiterait pas à répondre par l'affirmative.

III. — Le 9 octobre 1876, à une heure, un assassinat fut commis sur une des promenades de Moulins, dans les circonstances suivantes : Un individu, nommé Martin, rencontre Michel B..., âgé de 79 ans, qui causait avec une femme, saisit un revolver dont il était porteur, marche droit sur Michel B... et lui dit : « *Il est temps que cela finisse!* » En achevant ces quelques mots, il décharge cinq fois son arme sur le vieillard. Michel B... tombe, et Martin, tout troublé, tout ému, se rend au Palais de justice, se dénonce lui-même au procureur de la République et se constitue prisonnier.

Michel B... meurt des suites de ses blessures, le 11 octobre, au matin. Le même jour, Martin est amené dans la chambre où est gisant le cadavre de sa victime. Il entre la tête haute et la démarche assurée; sa physionomie est animée, ses yeux sont vifs et brillants. Il regarde le cadavre avec calme et mépris, et, sans que l'on ait pu remarquer la moindre contraction des muscles de la face, il prononce énergiquement ces paroles : « Je reconnais cet homme. J'ai tué cette pourriture parce qu'elle a répandu partout des bruits infâmes qui me sont souvent répétés de tous côtés. J'entends depuis plusieurs années un grand nombre de personnes qui, en me désignant, disent : « Voilà l'enc... du père Michel. » Je sais que je suis un homme perdu, mais je n'avais pas d'autre moyen de sauver mon honneur. » Ce petit

discours, ainsi qu'une lettre adressée à une dame, sa bienfaitrice, et contenant les mêmes allégations, furent des motifs suffisants pour amener la justice à faire examiner l'assassin par des spécialistes. Trois médecins furent commis à cet effet. MM. Reignier, médecin de l'hôpital de Moulins; Lagardelle, directeur-médecin de l'asile des aliénés de l'Allier, et Legrand du Saulle, médecin de Bicêtre. C'est à leur intéressant rapport médico-légal (1) que j'emprunte et les faits que je viens d'exposer et ceux qu'il me reste à faire connaître.

« La médecine légale (des aliénés), science d'application, se réduit tout entière, a dit quelque part M. J. Falret, à une question de diagnostic : *diagnostic général* pour établir l'état d'aliénation ou de folie, et *diagnostic spécial* pour déterminer à quelle espèce ou à quelle variété particulière de maladie mentale appartient réellement le fait en litige. » Les médecins experts ont rempli cette tâche à leur honneur. Ils n'ont pas seulement établi l'état de folie de Martin, mais ils se sont appliqués à déterminer l'origine et l'évolution de son délire. L'origine première est, dans le cas particulier, un fait vrai. Michel B..., en effet, a dépravé Martin, alors âgé de 14 ans, et aurait même accompli sur sa personne un acte sodomique complet. Depuis lors, l'enfant s'est éloigné avec dégoût de son séducteur; jeune homme, il recherche la solitude, paraît toujours taciturne, et ne rencontre jamais Michel sans qu'il ne se sente aussitôt envahi par un frisson général. Néanmoins, généralement estimé, il est bon employé (brigadier forestier sédentaire), exact et probe. C'est de l'année 1871, après une rencontre qu'il fit du père Michel, que semblent dater les premières hallucinations de l'ouïe qu'eut ce malheureux. Ce furent d'abord des bruits, des chuchotements, des sifflets; puis, un jour, il entendit distinctement des voix disant : « Voilà l'enc... » Il n'en fallut pas davantage pour développer chez Martin des idées de persécution et le désir de se défendre contre ses insulteurs. En effet, dès 1871, il acheta une canne à épée, et, en 1872, le revolver qui lui servit pour exécuter son crime. Comme il arrive chez la plupart de ces malades, les hallucinations de l'ouïe prirent, avec le temps, plus d'intensité. La voix se reproduit, ne part plus seulement d'un endroit déterminé, mais s'étend, se propage, s'applique aux ramasseurs de boue qui sont dans la rue, aux jeunes gens, aux employés du chemin de fer, aux militaires, aux officiers et à tout le monde. Martin entend toujours l'injure immonde! Il l'interprète et se l'applique; il devient anxieux, fait les plus inquiètes suppositions, se méfie de tout le monde, et ne peut plus apercevoir quelques personnes causant ensemble sans qu'il ne craigne qu'il soit question de lui et de son ancienne aventure avec Michel B... Son état mental arrivé à ce paroxysme, le persécuté devait arriver ou au suicide ou au meurtre. C'est cette dernière solution qui l'a emporté, et, fait curieux, l'assassinat de Michel B... joue pour ainsi dire le rôle d'un phénomène critique. A la suite du meurtre, en effet, et jusqu'aujourd'hui, Martin a cessé d'entendre les voix qui depuis des années le poursuivaient avec tant d'insistance.

Les médecins concluant à la non-responsabilité légale de l'accusé, une ordonnance de non-lieu a été rendue, et Martin placé dans un asile d'aliénés.

Deux faits importants ressortent de cette observation. D'abord la genèse du délire des persécutions. Le première scène du drame pathologique est incontestablement l'acte honteux commis sur Martin et qui crée chez lui une idée fixe persistant pendant plus de vingt-cinq ans sans engendrer le délire des persécutions. Celui-ci ne paraît qu'avec l'hallucination de l'ouïe, dont la ténacité et la persistance troublent les facultés du malade au point de le pousser à un acte criminel. Le second point, qui mérite d'être noté, c'est la disparition de l'hallucination après l'acte qu'elle a, pour ainsi dire, provoqué. Il s'est fait là une sorte de détente, qu'on peut observer chez un grand nombre de persécutés qui, à la suite d'un changement d'habitudes, de milieu, ou à la suite d'une émotion très-vive ou d'un accident, cessent tout à coup d'entendre leurs voix, et cela pendant des semaines, des mois, et même une ou deux années.

D[r] Ant. Ritti.

(1) *Annales médico-psychologiques*, numéro de mars 1877, p. 90.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1877. — Présidence de M. Baillarger.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont été observées, en 1876, dans le département du Loiret et dans l'arrondissement de Melun. (Com. des épipémies.)

2° Un rapport sur le service médical de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Paulet, qui sollicite le titre de membre correspondant national.

2° Une lettre de M. le docteur Doin, médecin-major, lauréat de l'Académie.

—

M. le Secrétaire perpétuel présente :

1° Une série de brochures de M. le docteur Lagneau, candidat pour la section d'hygiène.

2° Une note de M. Bonnafont sur un cas de surdité ancienne guérie par la trépanation de la membrane du tympan.

3° Une brochure de M. le docteur Hamon, intitulée : *Essai pratique snr la traction mécanique obstétricale.*

4° Une brochure de M. le docteur Luton (de Reims), sur la chorée rhumatismale.

—

M. Gubler, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, demande à dire quelques mots sur la communication faite dans cette séance par M. Mialhe, sur le rôle des alcalins dans l'économie. M. Gubler déclare d'abord qu'il partage presque toutes les opinions émises par M. Mialhe sur ce sujet. Il est d'accord avec lui pour admettre ce fait indéniable que le bicarbonate de soude existe en proportion relativement considérable dans le sang et dans les autres humeurs de l'économie. Mais il diffère d'opinion avec son savant collègue sur la conséquence trop absolue que M. Mialhe tire de ce fait, à savoir : l'impossibilité pour l'économie de s'alcaliser par l'usage de doses considérables de bicarbonate de soude.

Il n'est pas exact de dire que les principes qui entrent dans la composition de nos humeurs ne puissent jamais exercer une influence nocive, même avec des doses excessives. M. Paul Bert a démontré que l'oxygène introduit à doses trop considérables dans les poumons pouvait avoir une action toxique.

Quant au bicarbonate de soude, bien que M. Mialhe ait cité des cas dans lesquels certaines personnes ont pu prendre jusqu'à 120 grammes de ce sel par jour, il est certain que ce sont là des faits exceptionnels et que des exemples authentiques de cachexie alcaline ont été observés.

M. Gubler rappelle qu'Huxam a cité un cas d'intoxication par du carbonate d'ammoniaque à haute dose. Bien que le bicarbonate de soude n'ait pas l'intensité d'action du carbonate d'ammoniaque, il n'en est pas moins vrai que l'ingestion de doses considérables de ce sel peut avoir des effets fâcheux sur l'organisme. On a observé des cas dans lesquels l'usage immodéré de l'eau de Vichy a déterminé une véritable cachexie alcaline. Il est vrai de dire, cependant, que bon nombre d'accidents graves ou mortels ont été mis sur le compte des eaux de Vichy, et qui n'étaient que le résultat de diathèses diverses, goutteuse, lithique, etc., pour lesquelles les eaux de Vichy avaient été conseillées.

Quant au fait de l'illustre chimiste Thénard, qui tomba dans une cachexie alcaline pour avoir pris, pendant plusieurs mois, des doses quotidiennes de 30 grammes de bicarbonate de soude, ce fait, suivant M. Gubler, ne prouve rien contre l'usage des eaux de Vichy, car une dose de 30 grammes de bicarbonate de soude représente environ 6 litres d'eau de Vichy, et aucun malade, aujourd'hui, ne se livre à de pareilles débauches hydriatriques.

M. Mialhe a dit : Ne s'alcalise pas qui veut; soit, mais on peut s'alcaliser malgré soi, et les effets de l'ingestion de hautes doses de sels alcalins sont d'autant plus considérables que les individus sont plus avancés sur le chemin de la cachexie. L'influence toxique est surtout à craindre lorsque les reins malades se trouvent dans de mauvaises conditions pour l'élimination. Il en résulte une accumulation de la substance saline dans le sang, et, consécutivement, une action toxique. Les malades atteints d'affections rénales sont précisément ceux chez lesquels les médications alcalines produisent les plus mauvais résultats.

La conclusion de ce qui précède est que si les médecins, en général, ont tort d'être si timorés quand il s'agit de prescrire les médications alcalines, et en particulier les eaux de Vichy, il n'en est pas moins vrai que M. Mialhe, de son côté, va trop loin en disant que l'usage des eaux bicarbonatées sodiques est toujours inoffensif.

M. Pidoux déclare avoir observé bon nombre de dyspeptiques atteints de diathèse goutteuse ou lithique, chez lesquels l'usage trop lontemps continué des eaux de Vichy avait déterminé, par la dégénérescence de la diathèse, des accidents bronchiques ou pulmonaires, catarrhes bronchiques, tubercules, etc., et qui avaient été notablement améliorés par l'emploi des Eaux-Bonnes.

—

M. Gubler communique, au nom de M. le docteur Oré (de Bordeaux), un mémoire dans lequel l'auteur cherche à prouver, par des faits d'expérimentation sur les animaux, qu'il

existe, entre le chloral et le poison de l'amanite bulbeuse, le même antagonisme que celui qui a été démontré entre le chloral et la strychnine.

Ce nouveau travail est renvoyé à la commission nommée pour examiner le précédent mémoire de M. Oré sur le poison de l'amanite bulbeuse, et dont M. Gubler est le rapporteur.

Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion de la lecture du nouveau rapport de M. Gubler.

—

M. le docteur Lunier, candidat pour la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *De l'influence des boissons alcooliques sur la santé physique et intellectuelle des populations.*

(Ce travail est renvoyé à la section d'hygiène.)

— La séance est levée à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 juillet 1877. — Présidence de M. Mercier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend plusieurs journaux et écrits périodiques.

M. Collineau fait hommage à la Société d'un travail qu'il a récemment publié, et qui a pour titre : *Du transport des aliénés dans les asiles publics de la Seine*; Paris, 1877. (Extrait des *Annales médico-psychologiques.*)

—

M. Gillette fait à la Société une communication relative à la manœuvre à employer dans la *réduction du paraphimosis.*

M. Delasiauve, s'excusant de prendre la parole sur une question à laquelle il semble que ses études favorites l'aient fait étranger, demande la permission de rappeler à la Société que, naguère, en suivant le procédé de Gilbert, l'ancien médecin de l'hôpital du Midi, il a eu l'occasion de réduire facilement le paraphimosis, chez huit ou dix malades. Ce procédé, comme on le sait, consiste à saisir la verge au-dessus de la tumeur, à allonger l'organe tout entier, à malaxer en quelque sorte la partie tuméfiée, et, enfin, à réduire brusquement.

M. Reliquet fait remarquer que, lorsqu'on se sert, comme il l'a recommandé, d'une bande en caoutchouc qu'on applique autour de la verge, on a pour but d'enserrer doucement la totalité de l'organe pour faire cesser l'œdème. Quand, enfin, on y est parvenu, on enlève ladite bande, on malaxe l'organe et on procède à la réduction. Les succès ainsi obtenus sont nombreux et les insuccès ne sont explicables que par des circonstances particulières.

M. Horteloup, se fondant sur les données des nombreuses observations qu'il recueille à l'hôpital du Midi, insiste sur la nécessité de distinguer entre le paraphimosis de date ancienne et celui de date récente, attendu que, sous le rapport de la réductibilité, l'un et l'autre sont loin de se ressembler. En effet, dans le paraphimosis de date ancienne, — et par là on peut entendre celui qui date au moins de huit jours, — il existe déjà des adhérences telles que la réduction suivant le mode ordinaire est impossible, alors même qu'on aurait eu recours à un débridement préalable du bord du prépuce. Il subsiste un bourrelet, une sorte de jabot, qu'il faut faire disparaître, comme le font M. Rollet et M. Mauriac, à l'aide de deux incisions semi-circulaires.

Dans les cas de paraphimosis récent, les choses sont beaucoup plus simples, attendu que l'obstacle réside seulement dans l'étroitesse relative de l'ouverture préputiale et dans la tuméfaction du gland. Tout au plus, si le bord de l'ouverture est œdémateux, faut-il, pour faciliter la réduction, faire préalablement sur lui de petites mouchetures qui produiront aussi une détente défavorable à la production d'une récidive.

M. Dubuc demande si les mouchetures en question ne seraient pas de nature à exposer le malade aux conséquences d'une infiltration urineuse, qui peut du reste se produire, on le sait, à l'occasion des simples fissures préputiales. Dernièrement, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. S. Duplay, un malade, dont le pénis avait subi les efforts nécessités par la réduction d'un paraphimosis, a offert l'ensemble des accidents déterminés par l'infiltration urineuse.

M. Horteloup considère comme absolument exceptionnel le fait auquel M. Dubuc vient de faire allusion. Il n'a, pour sa part, jamais entendu parler d'aucun fait semblable ; et, quant aux mouchetures qui ont suscité la remarque de son collègue, elles sont incapables de faire courir au malade un semblable danger, attendu que, lorsque le prépuce sera revenu en place, elles ne correspondront pas au méat urinaire.

M. Forget demande à M. Dubuc quelle a été l'explication donnée par M. Duplay en face de l'accident dont il a parlé tout à l'heure.

M. Dubuc répond que cela n'a pas paru lui sembler extraordinaire.

M. Forget est d'avis que pourtant cela est surprenant, à moins que l'orifice préputial, par suite de la tuméfaction des tissus, n'ait été oblitéré assez complétement pour s'opposer à l'écoulement de l'urine.

M. Gillette, répondant aux diverses observations qui ont été présentées à l'occasion de sa communication, est d'avis que le procédé, bien connu, qu'a rappelé M. Delasiauve, ne convient qu'au traitement du paraphimosis de date très-récente, attendu que la traction considérable qu'il faut exercer pour réussir exposerait le chirurgien à produire des désordres nouveaux dans un cas où le paraphimosis serait déjà ancien. Quant à l'emploi de la compression élastique, il ne saurait suffire, et ne pourrait être considéré que comme un adjuvant préalable. Relativement à la distinction qu'il convient de faire entre les divers cas, selon qu'ils sont de date ancienne ou de date récente, les remarques de M. Horteloup confirment celles de M. Gillette, qui se félicite de cet accord.

M. Reliquet, revenant sur le cas dont a parlé M. Dubuc, appuie sur l'exactitude de la remarque faite par M. Forget. Il cite, comme exemple, le fait d'un enfant, à ouverture préputiale très-étroite, dont il a publié l'histoire dans son *Traité des opérations sur les voies urinaires*. Il ajoute que les alcooliques semblent aussi avoir une prédisposition particulière à contracter les accidents de l'infiltration urineuse, et, par conséquent, il croit que M. Dubuc a bien fait d'appeler l'attention sur le fait dont il a été témoin.

M. Dubuc fait observer qu'il l'a fait d'autant plus volontiers qu'il lui a paru être extrêmement rare, et que, de plus, il appartient à la pratique d'un chirurgien très-justement estimé.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr O. Larcher.

Séance du 11 août 1877. — Présidence de M. Mercier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend plusieurs journaux et écrits périodiques.

M. Duroziez communique le résultat de ses observations relativement à la valeur du souffle perçu dans la région épigastrique, au bas du sternum, dans les cas d'insuffisance aortique.

Il est admis, dit M. Duroziez, que le souffle de l'insuffisance aortique se fait entendre surtout au niveau de la moitié supérieure du sternum; nous n'avons pas de raisons pour contester ce fait, ayant l'habitude de rechercher le souffle du second temps tout le long du sternum, sans noter chaque fois où se trouve le maximum; mais, plus d'une fois, nous avons été frappé de ceci : le souffle ne se laissait entendre qu'au niveau du creux épigastrique. Habitué à le chercher là tout d'abord, et l'y ayant trouvé, nous indiquions son existence sans préciser l'endroit où nous l'avions perçu très-nettement; le médecin qui le cherchait plus haut ne le rencontrait pas et le percevait ensuite aussi bien que nous, en se mettant à l'endroit favorable; nous parlons ici de souffle évident, indiscutable.

Dernièrement on nous a fait, dans un cas où il y avait combinaison de rétrécissement mitral, l'objection que le souffle entendu au second temps, au niveau du creux épigastrique, n'était que le retentissement du bruit du second temps dû au rétrécissement mitral. Mais la forme du bruit n'était pas du tout la même; à gauche, le bruit était roulant, dur; à droite, il était doux et soufflant.

Pouvons-nous expliquer cette propagation du souffle dans le creux épigastrique ? Le cœur, se trouvant pour ainsi dire à nu, n'étant plus recouvert de sa carapace, au niveau du creux épigastrique, peut mieux transmettre les bruits en cet endroit; nous ne tenons pas à notre explication, pourvu qu'on tienne compte du fait.

—

M. Gillette fait connaître les résultats heureux d'une désarticulation scapulo-humérale qu'il a pratiquée dans des conditions défavorables chez un homme de 28 ans, atteint de fracture comminutive du coude et du bras droit, avec gangrène du membre remontant en dedans, presque jusqu'à l'aisselle. Il a employé, comme méthode forcément indiquée chez le malade, le procédé à lambeau externe de Dupuytren (épaulette).

—

M. Duroziez rapporte l'histoire d'un jeune malade atteint d'une altération des doigts, sur la nature de laquelle il a conservé de l'incertitude.

J'ai entretenu la Société il y a deux ans, dit M. Duroziez, d'un cas remarquable d'hydatide du poumon chez une enfant de 6 ans. Aujourd'hui l'enfant va bien, mais conserve de gros râles dus à des dilatations des bronches et une fistule qui fournit quelques gouttes de liquide. Cette fistule est la trace du canal que nous avions établi pour vider l'immense poche; nous ne l'avons pas sondée, nous ne savons jusqu'où elle s'enfonce et si elle pénètre dans une bronche.

Dernièrement on nous l'amena pour une tuméfaction de deux métacarpiens qui nous parut être un *spina ventosa;* la tuméfaction disparut en un ou deux mois, et fut remplacée par une autre tuméfaction de l'articulation du poignet, qui gêne peu la petite malade et n'altère en aucune façon les mouvements de la main; ce ne serait pas un *spina ventosa*, puisqu'on réserve cette forme pour la diaphyse des os longs de la main et du pied. Les applications de teinture d'iode nous ont le mieux réussi; aucun bandage n'a pu être employé et ne nous aurait du reste rendu aucun meilleur service.

M. Gillette est d'avis que les altérations des doigts ne peuvent pas être considérées comme des exemples de *spina ventosa*; il est plus probable qu'elles sont la conséquence d'ostéo-périostites qui ont donné lieu à la formation et au dépôt d'une matière plastique au niveau des extrémités articulaires.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr O. Larcher.

FORMULAIRE

Potion contre le tænia. — F. Vigier.

Semences sèches de courge avec leur épisperme.	60	grammes.
Sucre concassé.	20	—
Hydrolat de fleurs d'oranger.	10	—
Eau distillée	160	—

Pilez les semences avec le sucre, et passez en pulpant à travers un tamis de crin, à mailles très-serrées, sans laisser de résidu. Émulsionnez avec l'eau le produit ainsi obtenu.

Après l'ingestion de cette potion, on prescrit un purgatif. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 18 Octobre 1816.

Charles Strack meurt, à Mayence, professeur d'institutions de médecine. Ses ouvrages sont tous peu étendus, mais on les estime parce qu'ils sont le fruit de l'observation. — A. Ch.

JOURNAL DES JOURNAUX

Contribution à l'étude du cancer de l'estomac, par M. Hecht, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — Cette affection ne s'est révélée pendant la vie que par des phénomènes de dyspepsie persistants chez un homme de 61 ans, par des signes de cachexie (affaiblissement, pâleur, œdème péri-malléolaire), et à la fin de la maladie par l'existence d'une tuméfaction diffuse de la région gastrique. Mais il n'y a jamais eu ni vomiturations, ni vomissements; les symptômes prédominants ont été constitués surtout par des douleurs extrêmement vives existant au creux de l'estomac. A l'autopsie, on trouva un cancer en nappe des parois de l'estomac et une tumeur rétro-stomacale située dans l'arrière-cavité des épiploons et envoyant des prolongements à droite jusqu'à la veine cave inférieure, qu'elle comprimait. Cette compression pouvait expliquer l'œdème péri-malléolaire qui survint de bonne heure; la compression supportée par les veines rénales a pu avoir aussi pour résultat la présence d'albumine qu'on a constatée dans les urines. L'examen histologique de cette tumeur rétro-sternale, fait par M. Feltz, a montré l'existence d'éléments cellulaires du tissu lymphatique et d'une énorme infiltration nucléaire dans le tissu conjonctif. Il est donc difficile de savoir si cette tumeur est constituée par des ganglions lymphatiques dégénérés ou est due à une néoformation.

Dans tous les cas, les faits négatifs de cette observation ont leur importance, d'après M. Heck, pour le diagnostic. Ainsi, l'absence de vomissements, de dilatation stomacale, auto-

riserait à penser que le passage des aliments à travers le pylore était relativement facile ; l'absence de ces vomissements militait en faveur d'une dégénérescence des fibres musculaires de l'estomac dont la contraction est nécessaire pour produire le vomissement ; quand la tumeur épigastrique a été constatée, l'absence du vomissement sanguin ou de mélœna prouvait que la tumeur n'était pas ulcérée. Du reste, l'autopsie démontra l'intégrité parfaite de la muqueuse stomacale. Aussi, pendant la vie, a-t-on pu faire le diagnostic précis de *cancer en nappe, non ulcéré, des parois de l'estomac.* (*Mémoires* de la Soc. de méd. de Nancy, 1877.) — H. H.

COURRIER

Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

NÉCROLOGIE. — Le département des Pyrénées-Orientales vient de voir s'éteindre, à l'âge de 80 ans, un vénéré confrère, M. le le docteur Pujol, qui, pendant un demi-siècle, a pratiqué la médecine dans le canton d'Argelès-sur-Mer. Pujol avait acquis une grande renommée par le bonheur de sa pratique, par sa bienveillance et sa charité, par son dévouement aux malades. Sa mort a été un deuil public, et ses obsèques ont été une manifestation bien honorable et vraiment touchante de regrets. Plusieurs discours ont été prononcés à ses funérailles, un entre autres par M. le docteur Paul Massot, chirurgien en chef de l'hôpital de Perpignan. Pujol laisse un fils, également médecin, qui suit avec distinction la carrière honorable suivie par son père.

AVIS AUX BOULANGERS. — Quelques cas d'empoisonnement s'étaient produits dernièrement dans le quartier de la plaine Monceaux.

Les victimes avaient mangé du pain fait par un boulanger qui chauffait son four avec du bois de démolition.

Pour éviter de semblables accidents, voici l'ordonnance de police qui vient d'être rendue :

Art. 1er. — Il est formellement interdit de faire usage, pour le chauffage des fours de boulangerie et de pâtisserie, de bois ayant été enduits de peinture, ayant subi des préparations chimiques quelconques.

Art. 2. — Les contraventions à la présente ordonnance seront constatées par des procès-verbaux ou rapports.

Art. 3. — Les sous-préfets des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, les maires des communes rurales du ressort de la préfecture de police, le colonel, chef de la 1re légion de gendarmerie, le chef de la police municipale, les commissaires de police et les agents sous leurs ordres, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, d'assurer l'exécution de la présente ordonnance, qui sera imprimée, publiée et affichée.

LE POISSON-LUNE. — Un de nos pêcheurs d'huîtres, le bateau *Sainte-Rose*, rapporte le *Journal de Fécamp*, a pris, à peu de distance du port, un poisson phénoménal, qui a pendant plusieurs jours provoqué la curiosité des habitants du quartier. Les marins, en gens pratiques, n'avaient pas voulu perdre le bénéfice de leur « coup de filet », et l'on montrait le phénomène pour cinq centimes.

C'était un poisson, d'ailleurs, des plus remarquables par sa forme. Les naturalistes lui ont donné le nom de *tétrodon-lune*, son ensemble pouvant être comparé à un disque et sa surface presque circulaire présentant cet éclat blanchâtre qui distingue la lumière de la lune. Il habite non-seulement dans la Méditerranée, où on le trouve fréquemment, mais encore dans l'Océan, où on le pêche à presque toute les latitudes, depuis le cap de Bonne-Espérance jusque vers l'extrémité septentionale de la mer du Nord. C'est une espèce très-phosphorique.

Lacépède dit, en parlant du *tétrodon-lune*, que ceux qui s'approchent, au milieu de ténèbres épaisses, des rivages de la mer auprès desquels nage ce poisson, éprouvent souvent un moment de surprise en jetant les yeux sur ce disque lumineux, et le prenant, sans y songer, pour l'image de la lune, qu'ils cherchent cependant en vain dans le ciel. Le *tétrodon-lune* pèse jusqu'à 500 livres.

Celui qui a été pris par nos pêcheurs atteignait à peine les deux tiers de ce poids.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS LE TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS ET LES TRAITEMENTS ORDINAIRES (1);

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 avril 1877,

Par le docteur LIBERMANN, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou.

Je ne m'étendrai pas davantage sur la question des hémorrhagies, et je passe aux reproches qu'on a faits à la méthode balnéaire d'augmenter le nombre des affections pulmonaires graves et leur mortalité. Un des avantages principaux des bains froids, d'après Brand (2), consisterait justement dans leur effet prophylactique, quand ils sont employés dès le début. Il cite, à l'appui de son opinion, sa statistique personnelle : « Sur 211 cas de fièvres typhoïdes traitées dès le début, il n'a observé que des bronchites modérées, jamais d'hypostase, d'atélectasies, ni de pleurésies. Sur 124 cas traités à des époques plus éloignées, il a noté six fois un développement considérable du catarrhe pulmonaire, deux fois avec dyspnée et orthopnée; deux fois une pneumonie simple; une fois une pneumonie double; deux fois une gangrène du poumon. »

Les chiffres de Brand cependant peuvent paraître suspects, non pas que je soupçonne l'honorabilité du savant médecin de Stettin, à laquelle je me plais à rendre hommage ici, mais il a pu et même dû malgré lui compter, dans sa statistique de cas traités dès le début, des embarras gastriques ou des fébricules qui en altèrent la signification.

Je préfère donc m'appuyer sur un tableau plus complet, où il donne les chiffres d'un grand nombre d'observateurs, Ziemssen, Liebermeister, Jurgensen et autres (3).

(1) Suite. — Voir les numéros des 9 et 13 octobre.

(2) *Loco citato*, p. 238 et suivantes.

(3) Page 242, *loco citato*. On ne comprend pas de prime abord, pourquoi Brand s'appuie, d'une part, sur un chiffre de 3,662 malades et, de l'autre, sur un chiffre de 4,638; mais, en parcourant son tableau statistique, qui embrasse en bloc 4,638 cas, on s'aperçoit qu'il y en a 976 dont les complications pulmonaires n'ont pas été indiquées, tandis que les décès le sont, dans tous les cas; il fallait donc défalquer ce nombre pour avoir exactement les complications pulmonaires.

FEUILLETON

CAUSERIES

Il y a du bruit dans Landernau..... Je vous prie de croire que je ne parle pas du Landernau politique; sapristi, je m'en garderais bien! Je veux parler du Landernau psychique; psychique, entendez-le bien; et à preuve, permettez-moi de vous raconter ce que je disais, dimanche dernier, aux membres du bureau électoral de mon village, où l'on m'avait fait l'honneur de me désigner..... Comment ça s'appelle-t-il?... Comme assesseur. — Voyez-vous, mes amis, je suis un peu médecin, comme vous savez. Or, en cette qualité, j'ai été à même d'observer de nombreuses épidémies, épidémies de variole, de rougeole, de croup, de dysenterie, de choléra, etc.; eh bien! figurez-vous que, de même qu'il y a des épidémies de ce genre, de même il y a des épidémies intellectuelles et morales. Or, la France subit, en ce moment, une épidémie de cet ordre, et je parle aussi bien des blancs que des rouges, des bleus que des tricolores. Elle est affolée, une partie pour ceci, l'autre partie pour cela. Quel sera le doucheur assez habile pour lui rendre le calme et la raison?

Je vous dirai, par surcroît, que je ne suis pas fâché de voir que je ne suis pas le seul à penser ainsi et à tenir ce langage. Pas plus tard que ce matin, je lisais dans le *Constitutionnel* un article de mon honorable et savant confrère, M. le docteur Hector George, sur la *santé publique,* article qu'il a ainsi terminé :

« La France, en particulier, n'a qu'à se louer de l'automne actuel; et si l'altière sérénité du ciel pouvait communiquer un peu de son calme et de sa paix majestueuse à nos esprits irrités,

D'après ce tableau, sur 3,662 malades traités par les bains froids, les affections pulmonaires graves ont été observées 263 fois, soit 7,1 p. 100.

Sur 4,638 malades traités par les bains : 100 sont morts par affections pulmonaires, soit 2,1 p. 100.

Sur 288 cas d'affections pulmonaires contractées pendant l'administration des bains, la mortalité a été de 100, soit 35,7 p. 100.

La mortalité, sur les 4,638 malades, s'est élevée à 382, sur lesquels 100 décès par affections graves du poumon, soit 26,3 p. 100 sur la mortalité générale.

Le tableau de statistique suivant donne les chiffres comparatifs de fréquence et de mortalité des affections graves du poumon dans les deux modes de traitement.

	Dans les traitements ordinaires.	*Par les bains froids.*
« D'après Liebermeister et Hoffman, le chiffre des affections graves du poumon est de.	20 °/₀	7,1 °/₀
« La mortalité pour les affections graves du poumon est de.	7,7 °/₀	2,1 °/₀
« Sur les malades atteints d'affections graves du poumon, il en meurt.	50 °/₀	35,7 °/₀
« Les affections graves du poumon entrent dans la mortalité générale pour	52,6 °/₀	26,3 °/₀

D'où l'on peut conclure d'après Brand, en s'appuyant sur une statistique suffisamment nombreuse : « Que le chiffre des affections graves du poumon et des décès qu'elles occasionnent, est diminué dans une proportion des deux tiers par la méthode hydrothérapique; que le chiffre des affections pulmonaires sur la statistique des causes générales de la mort est abaissé de moitié par ce traitement (1). »

Ce sont là les conclusions de Brand, et, tout en ne les admettant que d'une façon relative, il faut reconnaître qu'on a beaucoup exagéré le danger des affections pulmonaires graves dans le traitement balnéaire de la fièvre typhoïde, parce qu'on s'était contenté jusqu'à présent de tirer des conclusions prématurées de faits trop peu nombreux pour acquérir une valeur statistique véritable.

Au point de vue de la pneumonie, les bains froids donnent les résultats suivants d'après Brand (2) :

(1) Brand. *Loco citato*, p. 243.

(2) *Loco citato*, p. 243, 244. Malheureusement, cette statistique de Brand ne s'appuie pas

---

l'on pourrait se rallier à l'opinion du docteur Pangloss, et trouver avec lui que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes. Mais ce bonheur nous est refusé. Un vent maudit de fureur et de folie a troublé les têtes les plus fortes et les plus sages. Les moutons eux-mêmes sont devenus enragés : ils seraient capables de manger les loups. Ah! il reste encore de beaux jours pour l'aliénation mentale!

« Mais laissons ce triste sujet, auquel on ne peut toucher sans perdre la raison et le sang-froid indispensables à la droiture et à l'impartialité du jugement; d'autant plus, qu'à croire les autres fous, on pourrait passer pour être fou soi-même ; et les quelques millions de Français qui s'agitent en ce moment comme des marionnettes désordonnées échangent assez d'injures et d'outrages pour qu'il soit inutile d'en accroître le nombre, sous les yeux curieux de l'étranger, que ce spectacle divertit plus qu'il ne nous honore. »

Bien dit, honoré confrère. Serons-nous écoutés? *Chi lo sa?*

Il y a donc du bruit dans l'autre Landernau, dans le Landernau médical, — et encore, laissez-moi vous dire à l'oreille que rien n'est moins sûr que l'absence de toute influence politique dans ce qui agite en ce moment notre Landernau médical. Je veux parler des arrêtés ministériels que nous vous avons fait connaître dans notre dernier numéro, et qui sont relatifs à la nomination des médecins chargés des cours supplémentaires à la Faculté de médecine de Paris.

Vous vous rappelez que, sur l'initiative de la dernière Chambre des députés, une loi a été votée qui a institué une chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Paris. Vous vous souvenez encore que le ministre de l'instruction publique, qui avait le droit de nommer d'emblée le titulaire de cette chaire nouvelle, voulut cependant

Sur 5,376 fièvres typhoïdes traitées par les bains froids, on a noté 190 pneumonies, soit 3,5 p. 100; sur ces 190 pneumonies, il y a eu 82 décès, soit 1,5 p. 100 du chiffre total des malades.

Dans la médication ordinaire, sur un relevé de 1,420 cas de Betke, il y a eu 94 décès, soit 6,6 p. 100.

Quant à la pleurésie, sur 5,075 cas traités par les bains, on l'a notée 11 fois comme cause de mort, soit 0,2 p. 100.

D'après Betke, à Bâle, sur 1,420 fièvres typhoïdes traitées par les moyens ordinaires, la pleurésie a causé la mort 20 fois, soit 1,4 p. 100.

M. Peter a beaucoup insisté aussi sur le danger de la syncope dans le traitement hydrothérapique, guidé par des vues théoriques que je ne partage pas. Eh bien, dans les statistiques françaises que j'ai pu me procurer, je n'ai trouvé la syncope notée que dans 6 cas, et encore, sur ces six syncopes, une, celle de M. Féréol, a eu lieu sept heures après le bain seulement, et ne peut guère être attribuée légitimement à la méthode hydrothérapique.

Dans la grande statistique de Brand, sur 600 décès dont les causes prochaines ont été notées dans 278 cas, je n'en vois que 4 qui puissent se rapporter à ce genre de mort; 1 seul est classé sous la rubrique de mort subite, 1 autre sous celle de paralysie du cœur, 2 sous celle de dégénérescence graisseuse du cœur.

Il est vrai que c'est seulement depuis la remarquable thèse de Dieulafoy, en 1869, qu'on a commencé à étudier d'une façon sérieuse la mort subite dans la fièvre typhoïde; et il est possible, probable même, que quelques-unes de ces morts auront été méconnues en Allemagne et classées dans d'autres catégories, la mort par collapsus entre autres. Je ne puis émettre que des hypothèses à cet égard, mais la syncope a dû encore être rare, puisque les cas classés sous cette rubrique ne s'élèvent qu'à dix.

Si on étudie, au contraire, la syncope dans les traitements ordinaires, on est réellement effrayé de sa fréquence.

Il y a quelques mois, à propos d'un malade mort subitement dans mon service au sixième jour d'une fièvre typhoïde, j'ai fait faire dans le recueil d'autopsies de l'hôpital du Gros-Caillou des recherches statistiques à cet égard, par mon aide-major, M. le docteur Bories, qui a trouvé, sur 228 décès de fièvre typhoïde, 13 morts par

sur un chiffre identique de cas. Les conclusions n'ont pas, par conséquent, la valeur absolue que donnent des tableaux comparatifs parfaitement concordants.

---

consulter la Faculté, qui lui présenta, en première ligne, M. le docteur Ball, agrégé, qui, en effet, fut nommé professeur par décret présidentiel.

Avant d'aller plus loin, retenons ces deux points : Le ministre de l'instruction publique, pouvant nommer d'emblée à cette chaire nouvelle, renonce à son droit et demande à la Faculté une liste de présentation. La Faculté, en faisant choix de M. le docteur Ball, agrégé, au détriment d'autres compétiteurs très-méritants, mais non agrégés, exprimait très-nettement son opinion, d'ailleurs bien connue, de ne présenter que des agrégés pour les chaires de professeurs titulaires ou pour les cours supplémentaires.

Or, voici ce qui arrive : M. Ball, nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses, n'a pas encore été institué dans sa chaire, et M. le docteur Auguste Voisin, par arrêté du ministre de l'instruction publique, a été chargé, pour l'année scolaire 1877-1878, d'un cours complémentaire des maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière.

Complémentaire? Pourquoi? puisqu'il y a un professeur titulaire nommé. Que devient ce professeur titulaire? Quel rôle peut-il remplir dans l'enseignement dont il est chargé, alors qu'il n'a ni hôpital ni malades?

On raconte que le matin même où l'*Officiel* publiait cet arrêté, M. le professeur Ball avait un rendez-vous avec un délégué de l'Administration pour organiser, à la Salpêtrière même, et sans détriment pour personne, le service clinique dont le professeur est chargé. En voyant cet arrêté dans l'*Officiel*, le délégué s'arrêta tout court, laissant M. le professeur Ball tout ébahi de l'aventure.

Il va sans dire que la Faculté n'a pas été consultée sur cette nomination, dont elle se montre très-surprise et légèrement irritée. M. Auguste Voisin n'appartient pas d'ailleurs à la Faculté par le titre d'agrégé, ce que la Faculté, cédant un peu trop peut-être au sentiment cor-

syncope. Aucun des hommes qui ont succombé ainsi n'avait été soumis aux bains froids; 2 seulement avaient reçu quelques lotions froides dans le courant du traitement. Ces faits ont été consignés dans une excellente thèse soutenue à la Faculté de Paris par M. le docteur Tambareau (1). On sera certainement étonné du résultat de ces recherches qui renversent l'opinion commune sur la rareté de la mort subite dans la fièvre typhoïde. Mais je suis persuadé que si la vérité n'est pas encore faite à ce sujet, cela tient d'abord à ce que l'on ne s'était pas préoccupé de ce genre de mort jusqu'à ces derniers temps, et ensuite à l'absence, dans les hôpitaux de registres d'autopsies, où les observations, rédigées avec soin, permettent d'étudier d'une façon rigoureuse les causes prochaines de la mort sur une série suffisamment considérable de cas.

Quoi qu'il en soit, d'après nos recherches, ces syncopes sont surtout dues à l'anémie cérébrale, comme l'a le premier indiqué notre savant confrère, M. le docteur Laveran. Elles peuvent parfois encore être causées par un mouvement réflexe provoqué par l'irritation intestinale, suivant la théorie ingénieuse de Dieulafoy, mais rarement elles sont amenées par la dégénérescence granulo-graisseuse du cœur. J'ai discuté cette question dans la *Gazette des hôpitaux* (2); je n'y reviendrai pas ici.

Les bains froids, en régularisant les fonctions du cerveau, et en augmentant la force de l'impulsion cardiaque, doivent donc diminuer notablement les chances de la syncope Ces conceptions théoriques sont, on le voit, confirmées par les faits.

Les douleurs arthritiques et musculaires vives et atroces dont vous a parlé M. Peter, les abcès multiples qui épuisent les malades, sont aussi rares dans le traitement balnéaire que dans les autres traitements. Les seules manifestations cutanées plus fréquentes sont les furoncles, qui ne présentent en général aucune gravité; par contre, les lésions du décubitus sont notablement diminuées.

Je puis aussi complétement rassurer M. Peter sur les craintes toutes spéculatives

(1) *De la pathogénie de la mort subite de la fièvre typhoïde*, par M. Tambareau. (Année 1877, thèse n° 24.)

M. Tambareau n'a accusé que 11 décès dans sa thèse; le relevé plus attentif des registres en a fait découvrir deux autres. Il a aussi compris, dans ses cas de syncope, un malade de mon service traité par les bains froids, le nommé Bastin (Joseph), dont j'ai rapporté autre part l'observation complète (*De la valeur des bains froids*, page 14). Ce malade est mort non de syncope, mais dans le collapsus, trois heures après son dernier bain.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 16 et 18 janvier 1877.

---

poratif, considère comme une première atteinte à ses droits. Cette première atteinte devait être suivie de plusieurs autres, comme on va le voir.

En effet, sur les six nominations faites par M. le ministre de l'instruction publique pour les cours annexes de clinique, trois comprennent des médecins et des chirurgiens non agrégés. Ce qui prouve que la Faculté n'a pas été plus consultée sur ce point que sur l'autre, ce qui ne calme pas trop son irritation.

Je dois dire que l'opinion publique ne se montre pas aussi exclusive en principe. Le titre d'agrégé ne lui paraît pas une condition *sine qua non* du professorat, complémentaire ou non; dans l'espèce, le choix du ministre est satisfaisant quant aux personnes. Mais, ce qui étonne beaucoup l'opinion, c'est ce dédoublement de l'enseignement complémentaire de la syphilis. Ce n'est certainement pas un médecin qui a imaginé cette dichotomie, qui a eu la pensée de confier à un professeur l'enseignement des *maladies syphilitiques et vénériennes*, et à l'autre les *formes secondaires et tertiaires des maladies syphiliques*.

Comprend-on cette limitation par ordre ministériel? Et où sera la garantie qu'il n'y aura pas de transgression de part ou d'autre? Que le professeur des accidents secondaires et tertiaires ne pénétrera pas dans le domaine des accidents primitifs, ne fera pas d'excursion dans le champ des formes secondaires et tertiaires? Ajoutons encore que le professeur du cours clinique des maladies de la peau ne se privera pas certainement de parcourir le vaste domaine des syphilides. Franchement, tout cela est un peu bizarre et ne témoigne pas d'une forte intelligence organisatrice des choses de l'enseignement médical.

Le 9 octobre dernier a eu lieu, à la mairie du VI[e] arrondissement, la séance d'ouverture du cours de la deuxième année de l'*École de gardes-malades et ambulancières* dirigée par M. le

qu'il a émises touchant les dangers de la production de la maladie de Brigth par le fait du traitement hydrothérapique. Sur 278 décès, dont les causes prochaines sont relatées dans la statistique de Brand, on ne signale qu'un cas de mort par néphrite. Dans la plupart des cas, d'après Jurgensen, on trouve, il est vrai, chez les malades les signes de la néphrite catarrhale, de l'albumine, avec quelques cylindres hyalins; mais cette néphrite est passagère et disparaît pendant la convalescence. Les urines, par contre, augmentent en quantité. D'après Brand, elles sont de deux à quatre fois plus abondantes que dans les traitements ordinaires. Jurgensen attribue cette augmentation à l'effet des bains sur les vaso-moteurs; Brand au rétablissement normal des fonctions du rein, par suite de l'abaissement de la température (1).

« Quoi qu'il en soit, avec les bains froids l'urine devient plus claire, son poids spécifique est moins considérable, son odeur plus intense, sa réaction toujours acide. »

Quant au chiffre de la mortalité, nous ne sommes plus à l'époque où les partisans outrés de la méthode ne voulaient pas même admettre la possibilité d'un décès. L'observation et le temps ont fait justice de ces prétentions ridicules.

Dans son dernier ouvrage, Brand réunit une statistique de 8,141 cas traités par les bains froids (2) dans la pratique privée, la pratique des enfants, les hôpitaux civils, militaires et les ambulances. La pratique privée ne comprend que 689 cas, sur lesquels 14 décès, soit 2 p. 100; celle des enfants, 197 cas, sur lesquels 5 décès, soit 2,5 p. 100; le reste de la statistique est fourni par les malades traités dans les hôpitaux, la plupart par des médecins éminents, Jurgensen, Ziemssen, Schmidt, Liebermeister, Rollet, Lischtenstern, etc., et présente les caractères de la plus parfaite authenticité, chaque chiffre étant en regard du nom de l'observateur et de la publication d'où il est tiré. Sur ces 8,141, cas il y a 600 décès, soit 7,4 p. 100.

Je n'ai pas besoin de montrer combien cette statistique est favorable, puisque sur 24,997 fièvres typhoïdes réunies par Murchison et traitées par les moyens ordinaires, il y a eu 5,525 décès, soit 22,2 p. 100. Jaccoud donne comme mortalité moyenne le chiffre de 19 à 20 p. 100.

Griesinger, dont l'opinion a une si grande valeur en cette matière, dit dans son *Traité des maladies infectieuses*, que lorsqu'on s'en rapporte à des chiffres considé-

(1) Brand, *loco citato*, p. 249 et suivantes.

(2) *Loco citato*, p. 284 à 307.

---

docteur Duchaussoy. Voici, sur cette séance, quelques détails empruntés au *Progrès médical* :

« Les fondateurs de l'Ecole de gardes-malades ont fait appel aux femmes de toutes les classes de la société, leur ont fait des cours théoriques, les ont dirigées dans des exercices pratiques, leur ont fait subir des interrogatoires réguliers, et, aujourd'hui, au bout de six mois seulement, ont déjà fourni un noyau de 21 dames munies d'un diplôme et destinées à servir de *monitrices* dans l'enseignement de cette année; un nombre beaucoup plus considérable de dames avaient suivi ces cours; peu se sont montrées incapables d'obtenir le diplôme, un bien plus grand nombre ont désiré se perfectionner encore par une année de cours, ce qui fait augurer pour l'an prochain une distribution de diplômes beaucoup plus considérable encore. Sur ce brevet sont inscrits les préceptes suivants que nous citons *in extenso* :

« 1° Soyez les auxiliaires intelligentes et dévouées du médecin; — 2° tenez dans la propreté la plus parfaite le malade, son lit, sa chambre; — 3° soyez probes, discrètes, décentes, sobres, actives, patientes et douces, bonnes sans familiarité; — 4° ne sortez jamais de votre rôle; — 5° en temps de guerre ou d'épidémie, que votre patriotisme et la charité vous inspirent le dévouement.

« ..... Ces efforts des médecins professeurs n'auront pas été vains; ils ont su attirer et retenir un nombreux auditoire malgré l'aridité du sujet, malgré les défiances que pouvaient susciter les études médicales auprès de quelques esprits féminins; nous n'aurons qu'à citer, en terminant, le touchant épisode qui s'est produit à la fin de la séance. Une demoiselle, celle qui avait été classée en tête de la liste, est venue, au nom de ses compagnes, offrir au président une médaille commémorative où se trouvaient gravés les noms des professeurs, et, dans une allocution pleine de tact et de sympathie, a remercié le bureau de l'École de ses peines et est venue affirmer encore une fois l'obligation que contractaient ces dames de se consacrer

rables, où les erreurs grossières de diagnostic se perdent dans la masse des faits, on trouve qu'une mortalité de 20 p. 100 est une mortalité moyenne, qu'au-dessous de 18 p. 100 la mortalité est faible, et qu'au-dessus de 22 elle est élevée.

Maintenant, je veux bien admettre que sur les 8,141 cas réunis par Brand on ait compris quelques centaines d'embarras gastriques fébriles et de fièvres typhoïdes abortives, quoique le nom de presque tous les médecins, dont la statistique particulière constitue la grande statistique dont nous donnons ls résultat, soit une garantie d'observation rigoureuse et vraiment scientifique. Dans cette hypothèse même, la mortalité par le traitement hydrothérapique oscille entre 8 et 10 p. 100.

(La fin dans un prochain numéro.)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

ÉVOLUTION DIFFICILE D'UNE DENT DE SAGESSE : ABCÈS PÉRI-MAXILLAIRES ET DU LOBE SPHÉNOIDAL GAUCHE;

Par le docteur Fréd. TUEFFERT, de Montbéliard.

Mlle W..., âgée de 18 ans, me fait appeler au début de février 1876. Cette jeune fille, grande, brune, nerveuse, un peu anémiée, ne présentant aucune trace de diathèse, issue d'une famille superbe, sans antécédents fâcheux, a été victime, à l'âge de 9 ans, d'une explosion de vernis enflammé. Les mains, le front, une partie du cuir chevelu, sont couverts de cicatrices superficielles. Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été régulièrement, mais peu abondamment.

A ma première visite, elle se plaint d'une névralgie sus-orbitaire droite, irrégulièrement intermittente. J'essaye pendant plusieurs jours, mais en vain, l'extrait thébaïque, le sulfate de quinine, la codéine, des applications externes de vératrine. Puis, subitement, la douleur passe de droite à gauche, devient plus intense à ce nouveau siége, et s'accompagne de photophobie et de larmoiement. Je conseille les mêmes médicaments et un vésicatoire derrière l'oreille gauche.

Le 13 au soir, la fièvre survient, ainsi que les règles dont la venue est avancée de huit jours; celles-ci ne persistent que douze heures; céphalalgie intense au même siége.

Pendant les quatre jours suivants, le pouls varie de 80 à 90, la température de 38°,5 à 39°,2. La langue se revêt d'un enduit saburral. Plusieurs purgatifs sont administrés.

à la guérison des malades. Une véritable émotion s'est emparée de l'assemblée, et ce remerciment délicat spontané prouve bien, croyons-nous, combien on peut tirer parti des sentiments d'affection de la femme pour le plus grand profit de nos malades et de nos blessés. »

A propos du fait que jai rappelé, arrivé à M. le docteur Broca père, j'ai reçu de M. le professeur Paul Broca la lettre suivante, qui complète et rectifie d'une façon piquante l'anecdote que j'ai citée :

« Paris, 13 octobre 1877.

« Mon cher collègue,

« Laissez-moi vous remercier des quelques lignes que vous avez bien voulu consacrer, dans votre numéro de ce matin, au souvenir de mon père. Le petit épisode que vous racontez se rattache à une superstition des paysans de la localité. Ce qu'ils craignent, la nuit, ce ne sont pas les voleurs ni les revenants, ce sont les loups-garous (lébérous). Le loup-garou est censé fils d'un curé. Le jour, il est comme tout le monde; la nuit, il s'échappe et court la campagne, mais il ne se montre jamais qu'aux individus qui vont seuls. Lorsqu'on est deux, le lébérou n'approche pas. Aussi nos paysans éprouvent-ils la plus vive répugnance à sortir seuls la nuit. Il faut qu'ils soient accompagnés, ne fût-ce que par un enfant. Voilà pourquoi le pauvre diable dont vous parlez, et qui avait 9 kilomètres à faire, à l'heure de minuit, pour retourner à son village, se fit escorter par mon père, qui, étant à cheval, ne put mettre la main sur lui au moment où, arrivé près du but, il s'échappa par un sentier escarpé. Cela s'est passé en 1840, pendant que j'étais encore à Sainte-Foy. Je dois dire que, depuis lors, la superstition des lébérous s'est notablement affaiblie.

« Agréez, mon cher collègue, l'expression de mes sentiments confraternels.

« P. BROCA. »

Rien autre chose à vous dire pour le quart d'heure, chers et bons lecteurs, si ce n'est de vous souhaiter santé, bonne humeur, les pieds chauds et suffisamment de picaillons.

Dr SIMPLICE.

Le cinquième jour, la température redevient normale, le pouls est à 70; la névralgie est moins intense; une période de mieux-être dure six jours, pendant lesquels la malade se lève, et a beaucoup de gaieté et d'entrain.

26 février. Des vomissements bilieux apparaissent le matin et se répètent à plusieurs reprises dans la journée, que la malade ait mangé ou qu'elle soit à jeun. Pouls à 60, régulier; céphalée frontale et temporale droite, intense. Température normale. Calomel.

Le 27, même traitement.

Le 28. La malade n'a qu'un œil ouvert à mon arrivée; elle se plaint de ne pouvoir écarter les paupières qu'avec l'aide de la main, et de voir double. Les paupières gauches sont hermétiquement closes; l'inférieure, qui se relève, est plissée. Les pupilles ne présentent rien d'anormal. Les vomissements continuent. Les douleurs sont devenues atroces à la tempe et au sourcil gauche. Constipation. Pouls à 56, régulier. T. 37°,2. Intelligence et parole intactes. J'essaye de faire lever la malade; mais les vertiges et la perte d'équilibre sont tels, qu'il faut l'aide d'une personne pour l'empêcher de tomber. Calomel; deux sangsues à l'apophyse mastoïde gauche, pédiluve sinapisé.

Le 29, même état, sauf le pouls qui devient intermittent et varie de 50 à 60 pulsations. M. le docteur Cucuel est appelé en consultation; le diagnostic est réservé. Ventouses à la nuque. Calomel.

Le 1er mars. Persistance des vomissements, de la céphalalgie et de la diplopie. Strabisme interne de l'œil gauche. P. à 56, régulier. T. 37°,4. L'équilibre est absolument perdu. Purgatif, pédiluve.

2 mars. Même état, sauf un léger œdème de la moitié gauche de la face, qui fait paraître le sillon naso-labial plus profond. Depuis la nuit, violente douleur au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et légère contracture du masséter empêchant l'écartement complet des mâchoires. Langue saburrale. P. 80, régulier. T. 38°,1. Pas de selle depuis la veille. Cataplasme sur l'articulation temporo-maxillaire.

3 et 4 mars. Tous les points d'émergence du trijumeau sont douloureux spontanément et à la pression. La constipation et les vomissements persistent, ainsi que le blépharospasme, le strabisme et la diplopie.

5 mars. De fréquentes nausées ont succédé aux vomissements supprimés depuis la veille; la céphalalgie est moins intense, le pouls régulier, à 80. T. 38°. La douleur temporo-maxillaire est moins violente; l'œdème persiste. L'équilibre est moins aboli.

6 et 7 mars. Les vomissements ne se reproduisent pas; sans cela même état. L'examen au moyen d'un verre rouge et d'une bougie nous démontre que la diplopie est homonyme et qu'il ne se produit pas d'oscillation entre les deux images (strabisme paralytique dû à l'oculo-moteur externe).

8 mars. La douleur temporo-maxillaire a repris plus de violence; un point du maxillaire, situé en arrière de la deuxième grosse molaire inférieure gauche, est très-douloureux spontanément et à la pression. Celle-ci développe des douleurs lancinantes dans tout le côté gauche de la face. Le malade a remarqué cette douleur depuis plusieurs jours sans s'en plaindre. Depuis deux jours, selles normales.

10 mars. L'œdème du côté gauche de la face a augmenté; la douleur, en arrière de la deuxième molaire, est plus vive encore. Les nausées ont complétement disparu, les selles sont normales. Le blépharospasme et le strabisme persistent, ainsi qu'un léger degré de trismus unilatéral. Toutefois, l'équilibre est moins instable; la malade peut marcher seule. Celle-ci a conservé, malgré ses souffrances, beaucoup de gaieté et toutes ses facultés.

14 mars. Même état; pendant la matinée, quelques secousses latérales du globe oculaire qui ne se sont pas reproduites par la suite.

21 mars. La persistance de la douleur en arrière de la deuxième molaire, un certain degré de gonflement à ce point, grandissant en notre esprit la conviction qu'un obstacle à la poussée de la dent de sagesse pouvait être la cause des accidents, nous enlevons la deuxième molaire.

Malgré cette opération, aucun changement ne se manifeste jusqu'au 1er avril.

1er avril. Depuis la nuit, le gonflement œdémateux de la joue gauche est devenu plus prononcé; douleur vive lorsqu'on exerce une pression à l'angle de la mâchoire; constriction telle, que les arcades dentaires ne peuvent s'écarter de plus d'un centimètre.

5 avril. Un petit abcès de la gencive s'ouvre spontanément.

10. Même constriction des mâchoires; depuis la veille au matin, d'atroces douleurs siégeaient dans l'oreille gauche; celles-ci disparaissent dans la soirée en même temps que se manifeste un écoulement purulent qui dure plusieurs jours.

13. Le strabisme, la diplopie persistent; toute douleur spontanée a disparu; mais, en outre de l'enflure de la joue existe un empâtement diffus, douloureux à la pression, de la région sous-angulaire et de la branche montante du maxillaire. La gencive est très-œdématiée au

niveau de l'angle de cet os. La constriction rend toute exploration difficile. P. 100. T. 38°.

16. État général semblable; un ganglion roule sous le doigt, dans la région sous-angulaire. Le doigt, introduit dans la bouche, reconnaît, en arrière de la molaire enlevée, et à la face externe de l'os, une tumeur dure, ovoïde, du volume d'une noisette, rénittente, sans fluctuation ni chaleur, douloureuse à la pression, et n'offrant pas la sensation de craquement caractéristique des kystes dentaires. La constriction des mâchoires est telle, que la malade ne peut prendre d'aliments que grâce au manque de concordance des arcades dentaires.

23. Un peu de pus est craché par la malade, qui prétend qu'il sort de la gencive; un symptôme grave vient s'ajouter au tableau déjà décrit : depuis la matinée, M[lle] W... ne peut plus trouver le mot *pendule*. Sauf cela, elle est gaie. Elle souffre beaucoup de l'angle de la mâchoire, mais la céphalalgie est beaucoup moins intense. L'appétit est conservé; la malade se lève chaque jour et vaque elle-même aux soins de sa toilette.

25. Pendant la toilette de la malade, vertige et syncope. Lorsque M[lle] W... revient à elle, atroce cardialgie. Le langage est plus difficile. T. 38°,2. P. 120.

26. Nouvelle consultation avec MM. Cucuel et Blazer. L'hypothèse d'une tumeur osseuse de l'angle de la mâchoire, d'origine dentaire, due à l'évolution entravée de la dent de sagesse, et déterminant des accidents nerveux, est admise jusqu'à preuve d'une lésion organique du cerveau. L'anémie, l'état nerveux de la malade, engagent mes confrères à insister plus particulièrement sur les toniques.

27. La malade est moins irritable, la parole plus facile. La céphalée a reparu intense, s'exacerbant au moindre attouchement de la mâchoire. Une pression, même légère, sur cet os, détermine des douleurs fulgurantes dans la moitié gauche de la tête, et de la cardialgie avec menace de syncope. T. 39°. P. 120. Le ganglion sous-angulaire signalé plus haut a pris le volume d'un petit œuf de pigeon.

Jusqu'au 29, la faiblesse, l'état cachectique, s'accentuent de plus en plus. Les douleurs deviennent atroces. La malade pousse des cris inconscients pendant le sommeil, obtenu à grand'peine par les narcotiques.

Le 29, la voix devient nasonnée, les aliments liquides refluent par le nez.

Le 30. Nouvelle consultation avec MM. Cucuel et Blazer. Le doigt, introduit le long de l'arcade dentaire, arrive sur la tumeur décrite plus haut, et qui a conservé les mêmes caractères. Une pression sur ce point détermine de nouveau de la cardialgie, des douleurs fulgurantes dans la tête, des menaces de syncope. Néanmoins, la nécessité de nous éclairer sur la lésion du maxillaire nous engage à user du chloroforme, sans pousser toutefois l'anesthésie à ses dernières limites. Aussitôt que l'insensibilité est suffisante pour qu'une pression n'entraîne plus de réflexes graves, nous introduisons un cône à vis sans fin entre les dents, et écartons les mâchoires. Sous l'influence du chloroforme, la douleur notée plus haut disparaît; sans doute elle n'était formée que par le masséter contracturé à son insertion. La gencive est œdématiée; la branche montante du maxillaire est épaissie et fait une saillie qui nous indique une ostéite hypertrophiante. Une incision à la gencive ne nous fournit aucune donnée, quant à la présence de la dent de sagesse; l'incertitude du siége positif de celle-ci nous fait renoncer à l'idée d'entamer le maxillaire avec la gouge pour rechercher la dent.

Jusqu'au 6 mai, cris persistants, somnolence. Gonflement énorme de la mâchoire et de la région sous-angulaire. Celle-ci, dure, empâtée, semble faire corps avec l'os. Le point névralgique cervical est très-douloureux; une pression sur le maxillaire rend cette douleur plus violente encore.

6 mai. Point fluctuant de la région sous-angulaire. Incision. Écoulement abondant de pus verdâtre, bien lié. Un stylet arrive sur le périoste; le maxillaire n'est pas dénudé.

12. Empâtement en avant de l'articulation temporo-maxillaire. La malade ne trouve plus les mots, emploie des expressions qu'elle crée de toute pièce, et tutoie toutes les personnes qui l'entourent. P. 110-120. T. 38°,2-39°,5.

15. La malade se lève, soutenue par une garde, pour satisfaire à un besoin. Elle perd subitement connaissance et tombe dans le stertor; la respiration est suspirieuse, la résolution complète, ainsi que l'anesthésie. Les pupilles sont dilatées, le strabisme a disparu. Pouls irrégulier, non intermittent, à 80. T. 40°. Quelques minutes après sa chute, une quantité notable de pus s'écoule par la bouche, pus provenant de l'abcès situé en avant de l'articulation temporo-maxillaire.

Cet état se prolonge jusqu'au lendemain; depuis midi, des symptômes d'asphyxie se manifestent; la respiration devient de plus en plus entrecoupée, et la malade expire le 16 au soir, sans convulsions.

(A suivre dans un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE

NOUVEAUX ÉLÉMENTS D'HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE, par D. CAUVET, pharmacien principal de l'armée, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine de Lyon, docteur en médecine et ès sciences naturelles, etc. Deuxième édition. J.-B. Baillière, 1877.

C'est pour nous un doux devoir de présenter ici la nouvelle édition de ce livre classique. Ce titre de *classique*, l'ouvrage de M. Cauvet le mérite à tous égards; il a été fait pour les élèves, le professeur nous le dit lui-même dans la préface de la première édition : « Tel est le livre que j'ai l'honneur d'offrir aux élèves en médecine et en pharmacie. Pour eux, j'ai voulu réunir sous le plus petit volume possible les matières exigées par le troisième examen de doctorat et par le deuxième examen de maîtrise. Puissent ceux auxquels je l'ai destiné lui faire un accueil favorable. »

Et les élèves ont répondu aux désirs du maître, récompensé par un brillant succès.

Les *Nouveaux éléments d'histoire naturelle médicale* forment deux volumes, qui comptent ensemble 824 figures intercalées dans un texte serré d'environ 1,400 pages.

Dans le premier volume, l'auteur a réuni la Minéralogie, la Zoologie et la Botanique pure.

Dans le second, il traite des monocotylédones, des dicotylédones, des classifications, des diverses familles et plantes utilisées en médecine.

Après une courte introduction commence la première partie, sous le titre : *Empire inorganique, Règne minéral*. Les caractères minéralogiques, systèmes cristallins, gisements, classifications, minéraux les plus usités, applications à la thérapeutique des acides, des oxydes et des sels métalliques, etc., sont successivement examinés.

La deuxième partie, sous le titre : *Empire inorganique, Règne animal et Règne végétal*, s'ouvre tout d'abord par une deuxième introduction, où l'auteur examine les différences et ressemblances des animaux et des végétaux. L'étude du règne animal est faite en allant des vertébrés les plus élevés des êtres aux infusoires, aux sarcodaires; tandis qu'au contraire le règne végétal part des myxomycètes pour remonter aux types les plus élevés en organisation, les dicotylédones.

Cette disposition permet de montrer la liaison qui existe entre les deux règnes.

Dans cette deuxième partie, le professeur de la Faculté de Lyon a apporté de très-notables augmentations et modifications, et introduit de remarquables recherches personnelles; il nous les signale ainsi: « Tout en empruntant beaucoup aux publications les plus autorisées, j'ai introduit dans cet ouvrage quelques-unes de mes recherches sur des sujets peu étudiés. Telles sont : en zoologie, l'origine du tænia inerme et de l'hématurie intertropicale; en botanique, les falsifications de la farine de blé, des poudres de cannelle, de café, d'ipécacuanha, du chocolat, de l'écorce de racine de grenadier, etc. J'ai modifié certains tableaux (*Mammifères, oiseaux, poissons, insectes, crustacés, vers, zoophytes, infusoires*) pour les mettre en rapport avec les principes des classifications nouvelles; j'en ai ajouté d'autres (*Races humaines, primates, passereaux, solénoglyphes, bactériens, caractères distinctifs de la ciguë et des plantes qui lui ressemblent, principales fécules, mélanges d'huiles, falsification du vin*, etc.), en même temps que je transformais, rectifiais ou refaisais entièrement les articles correspondants. »

Nous bornerons ici notre revue. L'ouvrage est tout à la fois très-scientifique et très-pratique, riche d'observations nouvelles, de travaux originaux; son succès est certain et sa place marquée dans la bibliothèque de tous les étudiants travailleurs.

Dr GUICHET.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Milne-Edwards présente une note de M. Redon, sur le développement rubanaire du cysticerque de l'homme.

« De plusieurs observations médicales, faites sur le vivant ou le cadavre, il résulte que l'homme peut, comme le porc, être complétement infesté de cysticerques, devenir ladre en un mot. ...

Les cysticerques de l'homme, signalés depuis tantôt un siècle, que plusieurs zoologistes ont examinés avec intérêt et que je viens d'étudier à nouveau, sont constitués essentiellement par deux tuniques concentriques; l'externe, plns épaisse, est formée d'un tissu conjonctif très-dense; l'interne, d'une organisation plus simple, est hyaline, contient un liquide limpide et

incolore, et présente une ombilication blanchâtre. Ce point blanc, qui fait une légère saillie à l'intérieur, est le scolex.

Le scolex, long de 0m,005 à 0m,007 quand il est complétement dévaginé, offre à sa partie inférieure des granulations assez nombreuses et des striations qui indiquent déjà la structure annelée du ruban et à son extrémité supérieure un renflement particulier. Cette extrémité est munie de quatre ventouses et d'un proboscide armé d'une double couronne de crochets. Le nombre de crochets varie de vingt-huit à trente-deux; une seule fois, sur près de cent scolex observés, il m'est arrivé de compter quarante et un crochets disposés assez régulièrement sur trois rangs. Ce fait isolé permet de considérer comme une anomalie ces scolex à trois couronnes de crochets que Meinland a mentionnés le premier et que Leuckart décrit volontiers comme une espèce spéciale, à laquelle il impose le nom d'*Acanthotrias.*

Le cysticerque de l'homme n'est-il pas identique au cysticerque du porc? Ce rapprochement qui découle naturellement de l'étude anatomique du scolex, a soulevé d'assez nombreuses controverses. Après des hésitations et des affirmations contraires, le savant helminthologue Bertolus a lui-même reconnu que la discussion resterait pendante tant qu'on n'aurait que les scolex pour termes de comparaison, et qu'il était de toute nécessité, pour mettre fin aux hypothèses, de mettre en regard les formes rubanaires. Or, en admettant que le cysticerque de l'homme représente la deuxième phase du *tænia solium*, l'état parfait, strobilaire de ce parasite, sera obtenu dans les intestins de l'homme, mais là seulement, selon toute vraisemblance. Il fallait donc ne point connaître le terme des transformations de la larve ou vouloir bien servir soi-même de milieu à son évolution. Aussi, après avoir examiné attentivement les travaux de Bertolus, après avoir reconnu moi-même une ressemblance remarquable, sinon une identité absolue entre les cysticerques de l'homme et ceux du porc, je me suis décidé, d'après les conseils de MM. les professeurs Lortet et Chauveau, à ingérer, dans du lait tiède, quatre des kystes recueillis sur un cadavre échoué à l'amphithéâtre des hôpitaux de Lyon. En outre, comme ces cysticerques pouvaient être ceux d'un tænia porté par un animal en relation fréquente avec l'homme; comme, d'autre part, si le cysticerque du porc ne font qu'un, le même individu peut porter les deux états, cystique et rubanaire, du même entozoaire, je pris la précaution d'en faire avaler un certain nombre à des porcs et à des chiens à la mamelle.

Des trois sujets mis en expérience, un seul, l'homme, a fourni le milieu favorable.

Les porcs, nourris dans des conditions spéciales, ont succombé à de l'entérite, à des intervalles plus ou moins éloignés de l'époque de l'ingestion, sans que l'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous révélât des traces de parasite.

Les chiens ne contenaient non plus aucune trace de ver rubanaire.

Enfin moi-même, après trois mois et deux jours d'attente, j'ai constaté la présence de cucurbitins dans mes selles.

Au premier examen, M. le professeur Lortet, des plus autorisés en helminthologie, croit pouvoir affirmer que les *proglottis* et les œufs appartiennent au *tænia solium*. Cette opinion a été bientôt confirmée par l'expulsion d'un strobile complet, qui sera déposé au musée de la Faculté de médecine de Lyon.

Le résultat de ces recherches m'a semblé digne d'être soumis à l'Académie, puisque, d'une part, il met un terme à toute discussion sur la nature et le développement du cysticerque de l'homme, et que, d'autre part, il offre une exception frappante à cette grande loi du parasitisme à génération alternante, en apparence si absolue : le même parasite ne peut atteindre son développement complet dans le même individu ou chez deux individus de même espèce.

P. S. — Depuis la rédaction de cette note, de nouveaux symptômes gastriques et la présence de cucurbitins dans mes selles indiquent que je suis encore porteur d'un ou de plusieurs parasites; ce qui n'a pas lieu d'étonner, puisque j'ai avalé quatre cysticerques. »

M. Yvon Villarceau signale la découverte d'une petite planète faite à Pola (Autriche), par M. Palisa, le 2 octobre, et celle d'une nouvelle comète, faite le même jour à Florence, par M. Tempel; il transmet, en outre, les observations de ces astres qui ont été faites à l'Observatoire de Paris.

M. Lawrence Smith adresse la description des pierres météorites récemment tombées à Rochester, Warrenton et Cynthiana, et la fait suivre des observations ci-après :

« Pendant les dix-huit dernières années, il y a eu, aux États-Unis, douze chutes de météorites qui ont été recueillies; toutes ces chutes ont été décrites par moi en détail, sauf une ou deux exceptions, et j'en ai envoyé des échantillons à différents musées d'Amérique et d'Europe. En estimant la quantité de matière minérale qu'elles ont fournie, j'ai été frappé de ce fait remarquable, que huit d'entre elles, représentant plus de 1,000 kilogrammes de matière, sont tombées dans la région des prairies de l'Ouest, et sur une surface qui n'excède pas 1/8 de l'étendue des États-Unis.

Contrairement à l'idée qui se présente d'abord, on ne peut attribuer ce fait à ce que cette région est plus peuplée, et par conséquent a plus d'observateurs.

Une circonstance encore plus frappante est celle-ci que, dans ces soixante dernières années, il y a eu, aux États-Unis, vingt chutes bien observées de météorites, parmi lesquelles dix ou la moitié sont tombées dans cette même région qui vient d'être signalée comme ayant reçu les huit chutes les plus récentes; de plus, ces chutes y ont apporté environ 1,200 kilogram. de substance minérale, c'est-à-dire une quantité vingt fois plus grande que celle des dix autres chutes qui, pendant la période précitée, ont eu lieu en dehors de cette région. »

M. Daubrée, en présentant à l'Académie les trois échantillons de météorites dont il vient d'être question, et que M. Lawrence Smith a bien voulu offrir à la collection du Muséum d'histoire naturelle, ajoute qu'en effet la ressemblance entre la météorite de Warrenton et celle d'Ornans est telle que les deux échantillons paraîtraient détachés d'un même bloc.

Quant aux coïncidences de lieu et de date signalées par M. Lawrence Smith, on peut en trouver d'analogues dans d'autres parties du globe. A côté de pays, comme la Suisse, où les chutes sont très-rares, il est des régions particulièrement favorisées, au moins depuis le commencement du siècle : telles sont certaines parties du midi de la France, de la Russie occidentale, de l'Algérie, de l'Inde.

C'est ainsi qu'en 1863, et à soixante-sept jours d'intervalle, deux chutes ont eu lieu en des points très-voisins : l'une, le 2 juin, à Buschhof, en Courlande; l'autre, le 8 août, à Pillitsfer, en Livonie, et que, moins d'une année après, le 12 avril 1864, une troisième chute a été observée à Nerft, en Courlande; que dans l'Inde, le 6 mars 1853 et le 12 mai 1861, il est tombé des météorites sur des localités voisines : la première à Segowlee, la deuxième à Butsura.

Quoique ces rapprochements paraissent être fortuits, ils ne méritent pas moins d'être rappelés. — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Chorée générale compliquée de fièvre typhoïde, par M. Bernheim. — Un enfant de 14 ans, présentant tous les symptômes d'une chorée généralisée, meurt deux jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie révèle des lésions intestinales qui remontent à quinze jours environ et qui appartiennent à la fièvre typhoïde. S'agit-il d'une fièvre typhoïde ataxique choréiforme, ou la chorée s'est-elle compliquée d'une fièvre typhoïde intercurrente ? D'après les renseignements pris, la maladie a débuté par la chorée, qui, d'abord bénigne, a pris une violence extrême dès le début de la fièvre typhoïde. Celle-ci, vu l'apyrexie et l'absence de symptômes caractéristiques, a été une de ces formes ambulatoires de la dothiénentérie qui est venue compliquer la chorée. Relativement à l'influence des affections intercurrentes fébriles sur la chorée, les avis sont partagés : MM. Rilliet et Barthez disent que tantôt elles modèrent, tantôt elles exaspèrent les mouvements choréiques ; M. Rufz croit qu'elles n'ont aucune influence ; M. Sée pense que toujours la fièvre exaspère la chorée, et quand la fièvre se dissipe la chorée disparaît avec elle. C'est peut-être ainsi qu'il faut interpréter l'adage d'Hippocrate : *Febris spasmos solvit.* Dans le cas de M. Bernheim, peut-être l'aggravation de la chorée avec le début de la fièvre typhoïde s'explique-t-elle par la forme apyrétique de la dothiénentérie. (Soc. de méd. de Nancy, 1877.) — H. H.

De la fréquence de la pleurésie diaphragmatique consécutive à la péritonite aiguë généralisée, par M. Laroyenne, de Lyon. — Les autopsies ont démontré à l'auteur que le développement de la pleurésie diaphragmatique est la règle dans la péritonite aiguë généralisée. On sait déjà depuis longtemps que les péritonites chroniques développées autour du foie, de la rate, donnent lieu souvent à des pleurésies (voyez thèse de Caillette, 1873, et de Foix, 1875), mais l'auteur a surtout ici en vue les péritonites aiguës et généralisées. Or, la pleurésie secondaire se manifeste dans ces cas sur la séreuse diaphragmatique et même sur celle de la base des poumons, et l'on peut suivre à la loupe les traînées linéaires purulentes allant du péritoine à la plèvre, à travers les faisceaux musculaires et conjonctifs. Parfois, l'inflammation de la plèvre affecte une plus grande étendue et peut se propager à toute la cavité thoracique. Ainsi donc, un assez grand nombre de pleurésies purulentes qui succèdent à la parturition et qui ont été regardées comme « les conséquences d'une pyrexie ou d'état général grave, frappant d'emblée la séreuse pleurale comme elle aurait pu atteindre une ou plusieurs séreuses articulaires, sont simplement la conséquence de l'extension de la phlegmasie pelvienne au péritoine et successivement à la plèvre. » Aussi, pour M. Laroyenne, les exemples de la fièvre puerpérale avec péritonite et complication d'épanchement pleurétique cités par M. Charrier dans sa relation d'une épidémie observée à la Maternité de Paris, sont plutôt des

pleurésies par propagation. Celles-ci se comprennent bien depuis les travaux de MM. Recklingausen, Sweiger-Seidel, Ranvier, etc., qui ont démontré une communication directe et facile de la cavité abdominale avec les lymphatiques du thorax. Cette propagation de l'inflammation de la séreuse abdominale à la séreuse pulmonaire est sans doute plus fréquente dans les péritonites puerpérales, mais elle s'observe aussi dans les péritonites ayant une autre origine. On pourrait même ériger en règle générale que, dans les cas où le « péritoine est enflammé dans sa totalité, la plèvre diaphragmatique l'est aussi presque fatalement dans une certaine étendue. »

A ce sujet, M. Fochier rappelle certaines pleurésies consécutives aux phlegmons suraigus des ligaments larges et rapproche ces faits de suppuration de l'articulation coxo-fémorale pouvant déterminer des péritonites ou des inflammations périnéphrétiques. MM. Tripier et Perroud signalent aussi cette propagation de l'inflammation aux deux séreuses, non-seulement dans le puerpérisme ou dans les péritonites circonscrites, mais aussi dans la granulie; pour le second auteur, l'inflammation se propage plus souvent de la plèvre au péritoine, à cause de la déclivité; pour M. Tripier, la pesanteur ne jouerait aucun rôle, et l'inflammation progresse plus souvent du péritoine à la plèvre. (*Lyon médical*, n° 1, 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

Injection contre la cystite. — Hicks.

Chez la femme, si l'urine est ammoniacale et très-alcaline, on pratique le cathétérisme avec une sonde de gomme, et quand l'urine a été expulsée, au moyen de la sonde qui est restée engagée dans le col, on pousse une injection d'eau chaude, légèrement acidulée avec l'acide nitrique ou chlorhydrique (deux gouttes par 30 gr. d'eau), ou bien encore avec de l'eau vinaigrée. On renouvelle l'injection jusqu'à ce que la vessie soit débarrassée du mucus et des phosphates, Puis on injecte 30 grammes d'eau, contenant en dissolution 6 centigrammes d'un sel de morphine, et on engage la malade à garder l'injection le plus longtemps possible. Cette première opération produit déjà de l'amélioration; on la répète deux fois par jour, dans les cas graves. — Si l'urine n'est pas très-alcaline, il suffit de laver la vessie avec de l'eau chaude, ou avec une solution chaude de permanganate de potasse, puis d'injecter la morphine. — Au bout de quelques jours, on injecte du chlorate de potasse à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 25 centigr., et, après ce sel, la solution de morphine. Enfin, quand les symptômes aigus ont disparu, on pratique des injections renfermant 0 gr. 12 à 0 gr. 18 centigr. de tannin pour 30 grammes d'eau chaude, et on a recours ensuite à l'injection morphinée.

Dans la cystite chronique, on injecte, tous les huit jours, une solution contenant de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 centigr. d'azotate d'argent pour 30 grammes d'eau, et on fait suivre immédiatement cette injection d'une autre, dans laquelle on a fait dissoudre 0 gr. 12 centigr. de morphine. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 20 Octobre 1583.

Mort de Laurent Joubert, l'un des médecins les plus célèbres du XVI[e] siècle, chancelier de l'Université de Montpellier. Ses ouvrages ont joui d'une grande célébrité. On cite surtout : son « Traité du Ris »; ses « Erreurs populaires en fait de médecine et régime de santé. » — A. Ch.

École de médecine pour les femmes a Londres. — L'inauguration d'une École de médecine pour les femmes a eu lieu lundi à Londres. Deux discours ont été prononcés, l'un par e docteur Cockle à l'hospice de Gray Inn's Road auquel se rattache l'École; l'autre par M[me] Garrett Anderson au siége de l'École, Henrietta street.

Hôpital Sainte-Eugénie. — M. le docteur Cadet de Gassicourt reprendra ses conférences cliniques, à l'hôpital Sainte-Eugénie, le lundi 29 octobre, à 9 heures 1/2, et les continuera les lundi et jeudi de chaque semaine. — A huit heures 1/2, visite et examen des malades.

Erratum. — A propos du procès-verbal de la Société de médecine de Paris (séance du 28 juillet 1877) publié dans notre dernier numéro, page 601, M. le docteur Reliquet nous fait remarquer qu'il ne s'est point attribué la priorité de l'emploi de la bande de caoutchouc dans la réduction du paraphimosis; il a dit : « Comme l'a recommandé M. Maisonneuve. »

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DE QUELQUES ACCIDENTS NERVEUX CHEZ LES PHTHISIQUES (1),

Par Michel PETER.

I. TROUBLES DE LA MOTILITÉ : *Paralysies partielles*. — Paraplégie terminale. — Paralysie localisée aux deux bras ; paralysie bornée à un seul bras. — Ces paralysies localisées symptomatiques de granulations isolées des méninges, opérant une sorte de vivisection morbide spontanée. — Sont des indices de mort prochaine.

Messieurs,

En mai 1864, une dame, dont je surveillais attentivement la maladie, laquelle était une phthisie chronique fébrile continue, se plaignit un jour d'être depuis peu privée de l'usage de ses jambes. J'attribuai le fait à sa faiblesse générale ; mais la malade distinguait parfaitement entre sa faiblesse antérieure et son impotence actuelle, qu'elle disait être de la paralysie.

Je l'invitai alors à se lever devant moi, ce qu'elle fit avec l'aide de ses femmes, et, malgré leur assistance, elle tomba aussitôt; elle était paralytique. *Quatre jours après, elle mourait de sa phthisie* (2).

Le 10 janvier 1865, dans le service de Trousseau, dont j'étais alors chef de clinique, une phthisique de 40 ans, arrivée au dernier degré de sa phthisie pulmonaire, se plaint également à moi pour la première fois de faiblesse et d'impotence des membres supérieurs, et surtout du bras droit. La veille, en tricotant, dit-elle, l'aiguille lui est tout à coup tombée des mains, et elle a été incapable de la reprendre comme de continuer; depuis ce moment, tout mouvement de précision est devenu impossible, et la faiblesse est telle que la malade ne peut ni saisir sa cuiller de la main droite ni la porter à sa bouche; ainsi la main, l'avant-bras et le bras droit sont également paralysés. Les mouvements du membre supérieur gauche sont un peu plus faciles, bien que très-imparfaits.

(1) Leçon extraite du IIe volume des *Leçons de Clinique médicale* du professeur Michel PETER (sous presse).

(2) Dès 1866, je signalais cette paralysie terminale possible des périodes ultimes de la phthisie pulmonaire, et j'en indiquais la valeur pronostique. Je n'ai cessé depuis lors d'étudier ce sujet. (Peter, *De la tuberculisation en général*, 1866, p. 85.)

FEUILLETON

Fragment du

DISCOURS D'OUVERTURE DE L'ÉCOLE DES GARDES-MALADES ET DES AMBULANCIÈRES

Par M. le docteur DUCHAUSSOY, fondateur de l'œuvre.

. . . .

Dans notre première réunion, en sollicitant votre précieux concours pour notre œuvre, Mesdames et Messieurs, je vous disais qu'elle était essentiellement moralisatrice, et je n'entendais pas seulement parler de cette élévation de nos caractères, de cet élargissement de nos bons instincts, que le contact avec la science produit presque toujours; mais je voulais dire que, à côté de la pratique professionnelle, nous enseignerions avec insistance leurs devoirs aux gardes-malades, et que nous nous efforcerions de leur faire acquérir ces bonnes qualités qui doivent leur mériter une juste considération. Cette pensée se retrouve dans toutes les branches de l'enseignement; elle est même inscrite sur les diplômes, et les élèves qui les ont mérités ne pourront y jeter les yeux, avec le sentiment d'un légitime amour-propre, sans que le devoir ne leur apparaisse à côté du savoir.

Si je ne craignais d'abuser des moments que vous nous consacrez si gracieusement, je répéterais ici les conseils que nous donnons aux élèves sous diverses formes, et je les commenterais pour en faire ressortir l'importance. Permettez-moi seulement de les esquisser à grands traits; j'aime à me persuader que vous n'écouterez pas avec indifférence les règles de con-

Comme mon attention avait été fortement éveillée par le fait de ma malade, devenue peu de jours avant sa mort si inopinément paraplégique, je résolus d'examiner dans tous ses détails ce nouvel incident paralytique.

Le lendemain, les membres supérieurs semblaient très-lourds; ils étaient difficilement et lentement soulevés. Les mouvements des doigts s'accomplissaient avec lenteur; ils s'étendaient et se fléchissaient à peine du côté droit, il leur était impossible de serrer ou de saisir les objets volumineux. Enfin, il y avait une insensibilité absolue de la main droite, du poignet et du tiers inférieur de l'avant-bras droit, surtout prononcée à la face dorsale du membre. J'ajoute qu'un œdème léger se remarquait à la face dorsale de la main.

Je recherchai si la température locale était restée la même dans les deux membres inégalement paralysés, et je trouvai que celui où la sensibilité était abolie avait 1 degré de plus que celui où la sensibilité persistait; ce qui est d'accord avec les recherches que j'ai faites sur l'élévation de la température locale au cas de paralysie récente de la sensibilité par lésion des centres nerveux. Ainsi, à la face dorsale de la main droite, anesthésiée, la température était de 34°,2; tandis qu'à la même région du côté gauche elle n'était que de 33°,2. Je ne peux m'empêcher de vous signaler, en passant, cette particularité remarquable, qu'il y avait 36°,8 seulement dans l'aisselle, bien que la malade eût 72 respirations par minute et 134 pulsations, et bien qu'elle fût en proie à une asphyxie progressive à laquelle elle succomba dans la nuit, *quatre jours après l'apparition* de ses accidents paralytiques. L'asphyxie terminale était donc ici hors d'état d'élever la température comme elle le fait chez ceux dont l'organisme est sain, *moins les poumons*. C'est qu'en effet cette femme était réellement phthisique de toutes parts; aussi bien par ses poumons, qui étaient si fortement tuberculeux, que par son foie, qui était gras, et par ses reins, qui étaient atrophiés. Son organisme entier, frappé de déchéance, faisait trop peu de calorique par ses organes d'hématopoïèse pour que la cessation de la réfrigération pulmonaire pût élever la température centrale.

A l'autopsie, nous trouvâmes ses poumons tuberculeux dans presque toute leur étendue, avec des cavernes aux sommets, des tubercules caséeux et des granulations miliaires. Il y avait aux bases une congestion intense, qui avait produit l'asphyxie terminale. Le foie était gras, les reins petits et ratatinés.

La dure-mère rachidienne était distendue à sa partie inférieure, en forme de poche qui, incisée, laissa écouler un grand verre de sérosité; la pie-mère présentait

---

duite que nous traçons aux personnes qui peuvent se trouver près de vous, dans les moments les plus critiques de votre vie.

« Habituez votre esprit à la discipline, leur disons-nous; exécutez ponctuellement les prescriptions du médecin, lors même que vous n'en comprendriez pas les raisons, lors même qu'elles vous paraîtraient de peu d'importance. Sachez que, bien des fois, une infraction aux recommandations a causé la mort. Ici c'était un malade gravement atteint de fièvre typhoïde; malgré la défense expresse du médecin, la garde l'a laissé se lever, et, soudainement, une syncope l'a fait tomber inanimé dans ses bras. Une autre fois, il s'agissait d'une fièvre intermittente encore mal réglée; dans la crainte de troubler le sommeil du malade, on a laissé passer l'heure fixée pour donner le sulfate de quinine, un accès pernicieux s'est brusquement déclaré au réveil, et toute sa vie la garde portera le poids d'un lourd remords.

« Tenez un compte exact, disons-nous encore, des symptômes que le malade présente, en l'absence du médecin; dans les cas graves, écrivez même vos observations, clairement, simplement, sans rien amplifier, et surtout gardez-vous de ne pas avouer que vous ne savez pas, lorsque le médecin vous demande un renseignement sur un point qui vous a échappé; l'erreur que vous feriez commettre au médecin peut avoir des conséquences fatales. C'est précisément pour vous mettre en état de bien observer les symptômes et d'en rendre un compte fidèle que nous vous donnons des notions générales sur les maladies.

« Mettez-vous toujours à la place du patient et vous le soignerez avec beaucoup plus d'attention, d'adresse et de douceur. Gardez-vous des paroles vives et des mouvements brusques, même lorsque la fatigue vous fait désirer un repos que les exigences du malade vous empêchent de prendre, même lorsque vos soins ne sont pas appréciés comme vous croyez qu'ils devraient l'être; habituez-vous de bonne heure à trouver votre meilleure récompense dans le

une injection vineuse. La moelle était saine, ou du moins n'offrait aucune lésion apparente à l'œil nu. Je ne trouvai rien au renflement cervical qui pût expliquer la paralysie des membres supérieurs.

Je n'examinai pas suffisamment le cerveau, ne pensant pas devoir y trouver la cause de cette paralysie bilatérale des membres supérieurs. A cette époque, les belles recherches sur les localisations cérébrales n'étaient pas encore faites; on commençait à peine à connaître celles sur l'aphasie, de Broca.

Le 24 février 1867, un jeune homme de 19 ans, atteint de phthisie chronique fébrile continue, éprouve pour la première fois, en même temps que de l'engourdissement tout le long du bras droit, un sentiment de faiblesse; ainsi il ne peut se servir de sa main pour saisir sa cuiller et la porter à sa bouche; il serre moins bien de cette main que de la gauche. La sensibilité est un peu obtuse dans ce membre. Les muscles y sont douloureux à la pression; le deltoïde surtout. Le malade a ressenti de la douleur avant d'éprouver de la faiblesse. Il n'y a pas eu de mouvements convulsifs. La température de l'avant-bras droit est de 33°, tandis que celle de l'avant-bras gauche est de 32°; la température axillaire étant de 38° et le pouls à 108.

Le lendemain 25, on dirait que la paralysie occupe surtout les muscles extenseurs, car l'extension complète des doigts est impossible. La température de l'avant-bras malade est de 34°,6, tandis que celle de l'avant-bras sain est de 34°,8; la température de l'aisselle étant de 39° et le pouls à 124.

Vers les deux heures de l'après-midi, le malade se sert plus facilement de son bras droit; il porte sans trop de peine la main à la tête, ce qu'il ne pouvait faire le matin; la pression exercée sur les muscles de l'avant-bras est beaucoup moins douloureuse; cependant le membre conserve toujours de la faiblesse et même de l'engourdissement.

Le 26, l'amélioration semble continuer dans le bras droit; les mouvements y sont néanmoins encore plus faibles qu'à gauche. La sensibilité y est à peu près normale; la température y est de 33°,6, plus basse de 0,8 qu'à gauche, où elle est de 34°,4; la température axillaire étant de 38°, le pouls à 112.

Le 27, la sensibilité est complétement revenue; le deltoïde seul est toujours douloureux, les muscles de l'avant-bras ne le sont plus. Cependant, le malade serre toujours moins de la main droite que de la gauche.

Le 28, en raison de la faiblesse du membre supérieur droit, quand le malade

---

témoignage de votre conscience. Avez-vous un caractère désagréable? ne soyez pas gardes-malades, car il faut au contraire en accomplir les devoirs avec un certain enjouement qui rende tout le monde heureux autour de vous et invite le malade à l'espérance.

« Réglez méthodiquement l'emploi de votre temps; faites chaque chose à son heure; mettez chaque chose à sa place.

« Sachez qu'un malade ne peut guérir promptement si vous le laissez dans la malpropreté, et sachez aussi allier le soin de votre personne à la simplicité et à la gravité qui conviennent à vos fonctions.

« Ne vous immiscez jamais dans les affaires d'intérêt des familles, ni dans les questions qui relèvent de la conscience de chacun. Vous êtes gardes-malades, la santé et quelquefois la vie de vos semblables sont confiées à vos soins, c'est un rôle assez beau et souvent assez difficile, pour vous y consacrer tout entières, sans vous laisser égarer hors de ce qui vous concerne. Soyez discrètes, et si, pendant que vous remplissez vos devoirs, il vous arrive de voir ou d'entendre quelque chose qui touche à l'honneur ou à la considération d'une famille, rappelez-vous que vous commettriez un véritable abus de confiance en le divulguant.

« Pénétrez-vous bien de cette maxime antique : Il ne suffit pas, pour obtenir la guérison d'un malade, que le médecin le traite suivant les règles de l'art; il faut aussi qu'il trouve un concours dévoué et intelligent chez les personnes qui l'assistent. Dites-vous donc que le succès de vos soins dépend en grande partie de l'esprit dans lequel vous remplissez vos fonctions, et que tous vos actes doivent se rapporter au malade que vous gardez; que le rétablissement de sa santé doit passer avant toute autre considération; n'épargnez pour cela ni fatigues, ni peines; oubliez-vous vous-mêmes, s'il le faut, et si vous êtes animées de cet esprit, le succès

veut porter la main à la tête, il use de l'artifice suivant : il commence par contracter le biceps et, par suite, fléchit l'avant-bras ; puis il contracte le deltoïde pour élever le bras ; de cette façon, il a raccourci le bras de levier de la résistance et a rendu moindre l'effort à accomplir.

Le deltoïde est toujours douloureux à la pression et pendant les mouvements.

La température axillaire du matin est de 38°, celle du soir de 39° ; le pouls du matin étant de 112, celui du soir de 128.

Le 29, à l'examen dynamométrique, la main droite donne 4 kilogr.,5 par la pression, et la main gauche 10 kilogr. Les mouvements du bras droit s'accomplissent lentement et de la même façon qu'hier ; le malade ne peut s'en servir pour les usages ordinaires. Les doigts sont dans la demi-flexion.

Du 1er au 3 mars, il y a de l'aggravation, l'élévation du bras est impossible ; la flexion de l'avant-bras est seule possible, encore ne s'exécute-t-elle qu'avec difficulté, en collant l'avant-bras contre le tronc pour lui donner un point d'appui. Il y a du tremblement des doigts lorsque la main est portée dans l'extension.

Du 4 au 6, l'état parétique du bras reste sensiblement le même ; mais, depuis quelques jours, l'état général s'est sensiblement aggravé ; la maigreur devient considérable, la faiblesse extrême, la voix voilée, presque éteinte.

Dans l'après-midi, vers les deux heures, le malade est pris d'un tremblement général, avec convulsions tétaniques, contracture des muscles des membres et de ceux de la face. Un moment, il a même levé brusquement et faiblement le bras droit, ce qu'il ne pouvait faire depuis quelques jours. Cette attaque convulsive a duré environ une demi-heure. A la suite, il a de temps en temps du tremblement dans les membres inférieurs, ainsi que dans le membre supérieur droit. Le soir, les yeux sont hagards et semblent vouloir sortir de leur orbite ; les traits sont tirés, décomposés. Le malade, profondément prostré, est plongé dans une sorte de coma vigil. Il paraît avoir des hallucinations ; ainsi, il porte sa main gauche de côté et d'autre, comme s'il cherchait à saisir quelque chose. Le bras droit est complétement inerte ; la sensibilité y est très-obtuse ; aussi faut-il pincer fortement la peau pour obtenir un acte réflexe.

Le malade passe toute la nuit dans cet état comateux, interrompu deux ou trois fois par une attaque convulsive semblable à la première, mais moins intense et moins prolongée. Il meurt le lendemain, 7 mars (dix jours après le début de sa monoplégie), sans avoir repris connaissance. Le pouls, à 128, était resté régulier.

---

couronnera vos efforts, vous deviendrez d'excellentes gardes-malades, aussi appréciées par les familles que par les médecins. »

Voilà, Mesdames, quelques-uns des préceptes que nous inculquons ; mais, hâtons-nous de le dire, il est beaucoup de points de morale générale que nous n'avons même pas à indiquer, parce que les élèves qui suivent assidûment nos cours, qui prêtent une attention soutenue aux choses sérieuses que nous leur enseignons, prouvent déjà, par cela seul, qu'elles ont de l'élévation dans l'esprit, qu'elles sont animées d'un désir de bien faire qui les rend déjà dignes de toute notre estime.

Puisque je parle des caractères moraux de notre École, permettez-moi, Mesdames et Messieurs, de vous dire quelques mots de la manière dont le Corps médical en a accueilli la fondation. Presque partout nous n'avons recueilli que des paroles de sympathie et de chaleureuses adhésions. Quelques médecins, cependant, ont témoigné des craintes qui, formulées de diverses manières, peuvent se résumer en cette objection : « Vous allez faire de ces demi-savants qui sont si dangereux ; vos élèves se croiront presque des médecins ; malgré vous, elles sortiront de leur rôle, donneront des conseils aux malades et ajouteront une longue liste à la série de ces malheurs que l'ignorance et le charlatanisme causent tous les jours. »

A ces craintes, je pourrais répondre que les institutions les plus utiles, et même les plus moralisatrices, ont aussi leurs défauts, que les écarts et les abus sont inhérents à l'humaine nature ; qu'il est impossible de citer un enseignement qui n'entraîne pas quelques inconvénients, et que, si l'existence des abus suffisait pour faire condamner une œuvre, il faudrait, à ce compte, saper complétement tout ce qui fait l'honneur des sociétés humaines. Mais sans m'arrêter à cette thèse générale, j'entre de suite dans le vif de l'objection, et je dis à mes honorables confrères : Les abus dont vous vous plaignez existent depuis longtemps ; ce n'est

Je m'étais promis de chercher à découvrir, dans l'état des nerfs et des vaisseaux du bras droit, la cause de sa paralysie partielle. A cet effet, nous nous livrâmes, avec l'interne du service, M. Rigaud (qui avait recueilli cette observation), à une dissection minutieuse.

Après avoir constaté que les deux poumons étaient infiltrés dans toute leur étendue de tubercules réunis par places sous formes de masses caséeuses; qu'ils étaient l'un et l'autre creusés de cavernes et de cavernules; que le foie était un peu graisseux; que le cœur, la rate et les reins paraissaient sains, nous examinâmes le plexus brachial droit et la région de l'épaule. Le plexus ne présentait rien d'anomal, et il en était ainsi de chacun des nerfs qui en émane. Enfin, dans une des veines circonflexes qui accompagnent l'artère et le nerf circonflexes, nous finîmes par trouver un caillot de 3 centimètres d'étendue environ, granuleux à son centre, et offrant l'aspect cruorique à ses deux extrémités. A l'examen microscopique, il n'y avait rien d'anomal ni dans le muscle deltoïde droit, ni dans le nerf circonflexe correspondant.

Évidemment cette thrombose d'une veine peu volumineuse, si elle pouvait rendre compte de la douleur de l'épaule, était hors d'état d'expliquer la paralysie partielle et incomplète de la presque totalité du membre, et mon investigation avait fait fausse route.

Restait à voir l'encéphale, et à découvrir la raison des accidents nerveux ultimes.

Je ne doutais pas qu'il n'y eût des tubercules dans les méninges, car les accidents nerveux des derniers jours de la vie avaient été manifestement ceux d'une méningite tuberculeuse, et, en effet, nous en trouvâmes les lésions.

L'arachnoïde et la pie-mère, épaissies, avaient une couleur opaline, blanchâtre. Au niveau de l'espace sous-arachnoïdien antérieur, elles présentaient plusieurs granulations tuberculeuses. Celles-ci se remarquaient encore dans la scissure de Sylvius, le long des petites artérioles qui en émanent et qui montent sur les circonvolutions pariétales.

Eh bien, c'était sur le trajet de ces artérioles que se trouvait le secret de la paralysie partielle du bras, secret que j'avais cherché avec autant de labeur que d'insuccès dans l'état des nerfs ou des vaisseaux de la région.

Cette paralysie locale du bras chez mon malade tenait à une lésion, locale également, non des nerfs du bras, non de ceux du plexus brachial, mais à une lésion de cette partie des circonvolutions où les fibres nerveuses émanées des centres mo-

---

donc pas notre École qui les fera naître; ils se pratiquent sur une large échelle; les lois qui devraient les réprimer et mettre un terme au mal qu'ils produisent dans la société, sont insuffisantes; bien plus, elles ne sont presque jamais appliquées. A quoi cela tient-il? A ce que, comme l'a dit Montesquieu, il y a quelque chose de plus fort que les lois écrites, ce sont les mœurs publiques; là est la source d'un mal que je déplore comme vous, mais contre lequel toutes nos remontrances demeurent impuissantes. Quoi d'étonnant d'ailleurs à cela? Ne vous souvenez-vous pas que la verve satirique de Voltaire et l'immense retentissement de ses écrits ont pu seuls faire disparaître le charnier des Innocents, et que les milliers de victimes qu'avait faites ce foyer d'infection n'avaient pas suffi à vaincre la routine et à dessiller les yeux? Qu'est-ce, à côté de cela, que l'abus dont nous nous plaignons? Mais vous convenez avec moi que le mal existe et qu'il existera probablement toujours à des degrés variables. Allons-nous l'augmenter? Là est la question. Nos élèves seront-elles au nombre de ces demi-savants, dangereux par leur présomption, et que vous redoutez, pour les malades, avec tant de raison?

Eh bien, je ne le crois pas; je suis même convaincu que nous diminuerons le mal. Pourquoi cela? Parce que jamais on n'a fait entendre aux personnes qui soignent les malades, le langage que nous leur tenons. Qui donc, en effet, s'est mis en communication avec elles, pour leur faire voir l'extrême difficulté qu'il y a souvent, même pour les médecins les plus instruits, à préciser les caractères d'une maladie? Qui leur a appris combien le choix d'une médication demande de science, de tact, comment il doit varier avec les formes de la maladie, le climat, la constitution, l'âge du sujet et vingt autres circonstances? Où leur a-t-on signalé les dangers qui résultent des médications intempestives, ou appliquées tardivement, ou dans des proportions insuffisantes ou au contraire exagérées? Qui leur a fait toucher du doigt la ligne de

teurs profonds se dissocient en rayonnant pour aller chacune à leurs départements respectifs, celles-ci aux plexus du membre supérieur, celles-là aux nerfs de la face, telles autres à ceux de la langue, telles autres enfin aux nerfs du membre inférieur. Or, vous comprenez qu'un grain du semis tuberculeux peut tomber justement sur un point des circonvolutions que traversent quelques-unes des fibres rayonnantes dans leur trajet vers la moelle, et de la moelle vers les nerfs du bras, de la face, de la langue et de la jambe, et déterminer ainsi une paralysie partielle ou totale des muscles de ces régions. Aussi ces paralysies localisées s'observent-elles de préférence dans la méningite tuberculeuse, où s'opèrent des sortes de vivisections spontanées, la granulation faisant sur la circonvolution adjacente par irritation de voisinage, puis par inflammation et ramollissement superficiel, ce que peut faire, expérimentalement, à cette circonvolution la pointe de scalpel du physiologiste, ou, traumatiquement, l'extrémité d'un corps vulnérant.

La preuve, la voici :

C'était en 1867 que j'observais ce malade, c'est-à-dire sept ans avant les belles expériences de Ferrier sur les centres moteurs. Grâce à elles, deux années plus tard, mon collègue, M. Proust, pouvait, dans un cas de monoplégie bronchiale par fracture du crâne au niveau de la circonvolution pariétale ascendante, pratiquer la trépanation en ce point et guérir son malade. Grâce encore à ces expériences, vers la même époque (1876), mon collègue M. Raynaud, dans un cas analogue au mien, trouvait et la lésion et sa localisation exacte. Chez un phthisique observé par M. Raynaud, *trois jours avant la mort*, était apparue subitement une *paralysie limitée au membre supérieur gauche*, et, dans ce membre, atteignant presque exclusivement les muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras.

A l'autopsie, M. Raynaud peut constater, comme unique lésion, un très-petit foyer de ramollissement rouge développé sur l'hémisphère droit, autour d'un tubercule méningé. Ce foyer, qui n'atteignait pas les dimensions d'une pièce de vingt centimes, était situé sur la *circonvolution pariétale ascendante* et dans la substance grise formant le fond du sillon de Rolando, à 3 centimètres du bord supéro-interne de l'hémisphère.

Or, ce point est exactement celui qui, chez le singe, d'après les expériences de Ferrier, est en rapport avec les mouvements du membre supérieur.

On peut rapprocher de ce fait intéressant quelques cas de traumatisme limité du crâne mentionnés par les auteurs. Ainsi ce fait cité par Parent, d'un coup violent

---

démarcation qui est tracée naturellement entre la tâche du médecin et le rôle de son aide? Voilà ce que nous ne cessons de leur enseigner dans chacun de nos cours. Croyez-nous, si quelques élèves sont venues nous écouter avec cette suffisance que donnent l'ignorance et la légèreté du caractère, soyez sûrs qu'elles seront sorties de nos cours avec cette sage défiance d'elles-mêmes dont parle notre vieux Montaigne : « Il est advenu aux gents véritablement sçavants ce qui advient aux espics de bled; ils vont s'élevant et se haulsant la teste droicte et fière, tant qu'ils sont vuides; mais quand ils sont pleins et grossis de grains en leur maturité, ils commencent à s'humilier et baisser les cornes. »

Éphémérides Médicales. — 23 Octobre 1246.

Lettres d'Innocent IV, par lesquelles ce pape ordonne que les maîtres et les écoliers de l'Université de Paris ne pourront être excommuniés que par une permission spéciale du Saint-Siége :

« Innocentius, etc. Dilectis filiis magistris et scholaribus parisiensibus..... Hinc est quod quieti vestræ paterna volentes diligentia providere, authoritate vobis præsentium indulgemus, ut nullus in Universitatem vestram magistrorum, aut scholarium, aut procuratorem eorum, vel rectorem cujuscumque Facultatis, aut quemcumque alium, profacto et occasione ipsius Universitatis, excommunicationis vel suspensionis vel interdicti sententias audeat promulgare, absque sedis apostolicæ licentia speciali, etc... Datum Lugduni, 10 kal. novembris, pontificatus nostri anno IV. » — A. Ch.

sur la tête déterminant une nécrose très-circonscrite du *pariétal* « dans l'étendue d'une pièce de douze sols ; » au point correspondant à la nécrose, l'arachnoïde était enflammée sur une largeur « de plus de trois pouces », et, pendant la vie, il n'y avait eu, au milieu de quelques symptômes de méningite mal accusée, qu'une parésie du bras. Ainsi encore, dans un cas cité par Lallemand, quinze jours après le choc du sommet de la tête contre l'angle d'une cheminée, le bras droit s'affaiblit d'abord, puis la jambe ; et, cinq jours plus tard, à l'autopsie, on trouve un abcès de « quatre lignes de diamètre, à la partie moyenne de l'hémisphère gauche. »

Il s'agissait donc vraisemblablement, dans le cas de mes deux derniers malades, de *lésions de la substance corticale* telles qu'on en observe dans certains cas de *méningite*. On sait, en effet, et on ne le sait bien que par les fécondes recherches de M. Charcot et de ses élèves, que les lésions de la substance corticale des hémisphères donnent lieu à des paralysies limitées, transitoires et variables, analogues à celles que MM. Carville et Duret ont obtenues expérimentalement.

« Ces paralysies, dit M. Charcot, se voient chez l'homme dans les ramollissements *superficiels*, dans les hémorrhagies *superficielles*, dans la méningite et dans la paralysie générale (1) ». C'est-à-dire dans les affections qui n'intéressent que la superficie des hémisphères, la substance grise des circonvolutions.

« Par opposition à l'hémiplégie par lésion centrale, ajoute M. Charcot, hémiplégie totale, envahissant tout un côté du corps, et offrant toujours les mêmes caractères, la paralysie par lésion corticale est anomale, partielle, de telle sorte qu'elle peut n'être qu'une monoplégie ou n'intéresser que la face seule.

« Ces paralysies isolées sont caractéristiques d'une lésion corticale, parce que la substance corticale est seule susceptible de dissocier les mouvements. »

A l'appui de ces propositions, le docteur Landouzy a accumulé les faits, d'où il résulte que, dans les cas de méningite, « les exsudats et les granulations cheminant d'ordinaire de la base vers la convexité, en suivant les branches sylviennes, les branches pariétales surtout, ces exsudats devront, par ramollissements inflammatoires ou nécrobiotiques, intéresser successivement, en suivant la marche même des lésions et la position des points moteurs, *le bras d'abord*, puis la jambe (2). »

A l'occasion de faits semblables aux miens, de paralysie localisée aux membres supérieurs, pensez donc à quelque lésion cérébrale, d'origine probablement tuberculeuse, et cherchez-la bien à la surface des circonvolutions. Sachez aussi que cette complication n'est pas indifférente au pronostic, car elle précède de peu de jours la mort du malade, qu'elle contribue à accélérer.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

(1) Charcot, *Cours d'anatomie pathologique*, leçons inédites de 1875, citées dans la très-remarquable thèse de L. Landouzy (*Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*, p. 57. Paris, 1876.)

(2) Landouzy, *loc. cit.*, p. 71.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

ÉVOLUTION DIFFICILE D'UNE DENT DE SAGESSE : ABCÈS PÉRI-MAXILLAIRES ET DU LOBE SPHÉNOÏDAL GAUCHE (1);

Par le docteur Fréd. TUEFFERD, de Montbéliard.

Autopsie pratiquée le 18 au matin, par MM. les docteurs Cucuel, Blazer et Tuefferd. Les lésions seules sont mentionnées.

Les symptômes ultimes ayant démontré la prédominance d'une lésion cérébrale, on commence l'autopsie par l'ouverture de la cavité crânienne. Après avoir incisé la dure-mère, on aperçoit une congestion manifeste des veines cérébrales, et surtout une teinte verdâtre au niveau du lobe sphénoïdal gauche. Le tissu encéphalique, très-mou à ce niveau, ne présente

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

aucune adhérence avec les méninges et donne une sensation de fluctuation. En l'incisant, on voit s'écouler une quantité assez considérable de pus crémeux. L'abcès cérébral, occupant le centre du lobe moyen, est du volume d'un citron, et ses parois, formées par la substance nerveuse périphérique imbibée de matière purulente, présentent une épaisseur de 2 à 3 millim.

Après avoir enlevé le cerveau et incisé successivement les nerfs crâniens à leur origine, la base du crâne présente les deux particularités suivantes :

1° Le nerf oculo-moteur externe gauche est jaunâtre et ramolli ;

2° Le sinus pétreux supérieur gauche est plus visible que celui du côté opposé et présente une teinte bleuâtre, sans qu'on puisse voir là une phlébite manifeste. C'est probablement le résultat de l'imbibition due à la proximité de la collection purulente.

Les autres nerfs crâniens, le reste de la dure-mère, ainsi que les autres sinus, ne présentent rien de particulier.

Région du maxillaire inférieur. — Gonflement œdémateux du tissu cellulaire sous-cutané. Deux abcès sus-périostiques, ne communiquant pas entre eux, entourent la branche montante. Tissu musculaire du masséter pâle. Le périoste se détache très-facilement sans que l'on constate au-dessous de lui trace de suppuration. La moitié gauche du maxillaire ayant été complétement énucléée de son enveloppe fibreuse, on constate au niveau de la partie angulaire des dépôts de nouvelle formation de 1 millimètre d'épaisseur, dus à une ostéo-périostite ossifiante. Une section, faite au niveau de la deuxième molaire enlevée, fait voir l'oblitération de l'alvéole par du tissu osseux de nouvelle formation. Une deuxième coupe, pratiquée au niveau de l'angle de la mâchoire, au point où l'inflammation semble le plus considérable, fait découvrir une cavité dans laquelle on voit la troisième molaire séparée de la surface par une lamelle de tissu osseux. Le tissu aréolaire est très-vascularisé et, au niveau de la dent incluse, les traces d'inflammation sont manifestes. Le nerf dentaire inférieur, situé au-dessous de la troisième molaire, est fortement congestionné.

Réflexions. — Nous serons très-réservé ; nous ne pouvons que constater des faits que nous ne pouvons expliquer.

Que ressort-il de l'observation et de l'autopsie?

Deux processus inflammatoires, à forme suppurative, occupant la même moitié de la tête, se sont développés presque simultanément, l'un dans le cerveau, l'autre dans le maxillaire inférieur et les parties voisines. Il nous semble difficile d'admettre qu'il n'existe pas de solidarité entre elles, et qu'une cause unique n'ait pas présidé à leur genèse.

Le point d'origine de la lésion du maxillaire et des tissus voisins est connu : c'est une dent de sagesse, gênée dans son évolution, qui a entraîné ces désordres. Mais, quel trait d'union existe-t-il entre elle et l'abcès cérébral? Voilà ce que nous ne pouvons expliquer, quoique nous ne puissions admettre qu'il n'y eût qu'une simple coïncidence.

Du reste, l'origine d'un abcès primitif du cerveau ne serait pas, dans le cas particulier, d'explication bien facile.

En effet, l'autopsie nous a démontré que la collection purulente du lobe sphénoïdal gauche était d'origine centrale ; que les méninges étaient saines ; que l'altération du sinus pétreux supérieur semble n'être qu'une lésion de voisinage, consécutive sans doute à la lésion encéphalique plus ancienne ; et, enfin, qu'il n'existait pas trace de tubercules dans le cerveau.

Or, quelles causes président généralement à l'étiologie de semblables abcès? Parmi les plus habituelles, on cite les traumatismes, qui font défaut dans le cas actuel ; aucun symptôme ne peut nous faire soupçonner que d'anciens foyers d'hémorrhagie ou de nécrobiose en aient été le point de départ. L'autopsie ne nous a démontré l'existence ni de carie, ni de tumeur du crâne. L'hypothèse d'un foyer de tubercules unique agissant comme corps étranger, nous paraît improbable. Quant aux diathèses, aucune ne nous semble avoir pris siége dans l'organisme de Mlle W... Et, d'ailleurs, la plus fréquente, la diathèse tuberculeuse, n'entraîne-t-elle pas une encéphalite diffuse, consécutive à la méningite, et non une encéphalite suppurative limitée exempte de méningite? Enfin, nous n'avons reconnu aucun signe de diathèse strumeuse, et nous ne sachons pas que celle-ci pût déterminer des accidents cérébraux comparables à ceux que nous rapportons.

Nous éliminons ainsi les causes les plus fréquentes d'encéphalite, et sommes

amené à conclure que celle dont nous donnons la relation n'a pas eu sa cause première dans la cavité du crâne. Les accidents cérébraux se sont manifestés, il est vrai, avant que nous n'ayons aperçu les désordres locaux du maxillaire, mais en déciderons-nous que l'un est étranger à l'autre, qu'il n'y a qu'une simple coïncidence? Pouvons-nous affirmer que nous ayons reconnu l'ostéo-périostite au premier jour de son développement? Les névralgies, dont la malade se plaignait dès la première heure de sa maladie, ne pouvaient-elles pas être tout aussi bien le fait de la poussée, encore ignorée, de la dent de sagesse que celui de l'inflammation cérébrale?

D'autre part, si nous admettons, comme nous avons de la tendance à le faire, la solidarité des abcès intra et extra-crâniens, nous n'en restons pas moins en face d'une inconnue. La littérature médicale n'est pas riche en faits analogues au nôtre. Il est vrai que la bibliothèque d'un médecin de campagne n'offre pas de brillantes ressources. Nous n'avons trouvé que deux observations :

1° En 1856, Van Leynseelee recueille, dans le service du professeur Burgraave (de Gand), une observation de cérébrite consécutive à l'extraction d'une molaire inférieure. Le pus, après avoir fusé le long du maxillaire jusqu'à la base du crâne, avait pénétré dans la cavité de celui-ci par les troncs ovale, grand et petit, rond, et déterminé une méningo-cérébrite. La simple lecture de cette observation démontre qu'il n'existe aucun rapport entre ce cas et celui dont nous nous occupons.

2° En 1857, notre regretté compatriote Meynier (d'Ornans) publiait une observation recueillie en 1842. L'avulsion d'une molaire inférieure gauche, qui avait déterminé un abcès gengival, fut suivie de méningo-encéphalite. Meynier, qui, du reste, ne parle pas d'autopsie, se base sur l'œdème de la face pour croire à une phlébite qui se serait propagée aux sinus de la dure-mère. Malheureusement, cette observation est trop incomplète; ce diagnostic prouve la sagacité du médecin et non la réalité du fait anatomique qu'il suppose. Nous aussi, après avoir constaté l'abcès cérébral, avons cru tout d'abord à une phlébite; celle-ci aurait expliqué l'œdème facial; mais la suite de l'autopsie a donné tort à nos prévisions.

Et, du reste, quel trajet aurait suivi une phlébite pour se propager de l'angle de la mâchoire à la partie centrale du lobe sphénoïdal, en respectant les jugulaires, les sinus? Des embolies auraient-elles déterminé, à distance, des phlébites capillaires, lesquelles seraient devenues elles-mêmes le point de départ de l'abcès? Mais ce n'est encore là qu'une hypothèse.

Enfin, nous ne pouvons admettre la possibilité de la transmission de l'inflammation par névrite. Le nerf dentaire était enflammé, mais la phlegmasie ne s'était pas étendue au trijumeau. L'œil n'a jamais présenté de symptômes inflammatoires; il en est de même de l'orbite; la névrite de l'oculo-moteur externe a dû se propager de haut en bas et non de bas en haut.

Du reste, bien des inflammations cérébrales coïncidant avec des inflammations externes, restent aussi inexplicables. Des abcès du cerveau, des méningites ont été observés après des rhinites ou des otites, sans qu'on ait pu trouver le mode de propagation de la phlegmasie. Il en est de même des phlegmons de l'orbite consécutifs à l'extraction ou à la carie de dents du maxillaire supérieur. Pour quelques auteurs, l'inflammation serait purement sympathique. On signale également, parmi les accidents tenant soit à la carie dentaire, soit à la deuxième dentition, des accidents inflammatoires sympathiques : ce sont l'entérite, l'uréthrite déjà signalée par Hunter, la leucorrhée et la vulvite; celle-ci aurait été spécialement observée pendant l'éruption de la dent de sagesse.

Le cas que nous venons de rapporter peut-il être rangé dans cette dernière catégorie? Nous avouons que la théorie, si vague, de la sympathie ou de l'inflammation réflexe, ne nous satisfait pas. Toutefois, l'absence de toute lésion indiquant le lien anatomique entre les deux processus anatomiques que nous avons décrits, nous force à préférer soit l'hypothèse d'embolie capillaire, soit celle d'une inflammation sympathique, à l'idée d'une coïncidence fortuite.

Nous sommes loin d'être satisfait, et n'en laissons pas moins subsister l'inconnue

dont nous parlions plus haut. Nous espérons que d'autres médecins, plus habiles que nous à interpréter les phénomènes morbides cérébraux, pourront tirer de la lecture de cette observation d'autres explications plus satisfaisantes et plus en rapport avec l'état actuel de la science.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1877. — Présidence de M. PANAS.

SOMMAIRE. — Blessure grave du vagin et de la vessie; guérison spontanée. — Présentations. — Tumeur osseuse (sarcome ou enchondrome) de l'extrémité inférieure du fémur. — De la cause de la mort à la suite des grandes opérations chirurgicales ; ce qu'il faut entendre par l'expression de *choc* traumatique.

M. Fleury (de Clermont), membre correspondant, adresse une observation intéressante de guérison spontanée d'une blessure grave du vagin et de la vessie.

Le sujet de cette observation est une femme de 40 ans environ, qui, en descendant d'un char rempli de gerbes de blé, tomba à cheval sur une tige de bois, laquelle pénétra dans le vagin et, perforant la paroi antérieure de ce conduit, entra dans la vessie. La tige fut retirée par un médecin mandé auprès de la malade, mais celle-ci éprouva consécutivement des accidents très-graves qui mirent sa vie en danger.

Lorsque l'inflammation traumatique eut diminué, la malade se fit transporter à l'hôpital de Clermont pour y être traitée d'une incontinence d'urine consécutive à la plaie vésico-vaginale. Elle était tellement faible, à ce moment, que M. Fleury crut devoir, avant de rien entreprendre du côté de la vessie, la soumettre à un traitement tonique destiné à relever ses forces. Il se borna à prescrire, comme traitement local, des soins de propreté et des onctions vaginales avec du cérat simple.

Lorsque les forces furent revenues, M. Fleury fut agréablement surpris, en examinant la malade au spéculum, de voir que la plaie s'était presque complétement cicatrisée; la guérison définitive ne se fit pas longtemps attendre, et la malade, depuis sa sortie de l'hôpital, n'a cessé d'avoir une santé parfaite et n'a plus éprouvé la moindre incontinence d'urine.

Ce fait, dit M. Fleury, vient à l'appui du précepte de la temporisation, posé par un certain nombre de chirurgiens, quand il s'agit de pratiquer l'opération de la fistule vésico-vaginale pour les plaies intéressant la vessie et le vagin.

A l'occasion de cette observation, M. Desprès dit qu'il a vu deux cas dans lesquels il y avait eu perforation du rectum et de la vessie, dans l'un, par un manche à balai, dans l'autre, par une branche d'arbre. Dans le premier, le malade est mort, dans l'autre, le malade a guéri spontanément.

— M. Gillette offre en hommage la deuxième édition de son livre intitulé : *Pratique des chirurgiens des hôpitaux de Paris.*

— M. Houel présente le deuxième fascicule du *Catalogue du Musée Dupuytren.* M. Houel, le savant auteur de cette publication, nous fait espérer que le troisième et dernier fascicule de cet important ouvrage pourra paraître avant la fin de l'année.

— M. Verneuil présente, au nom de M. Otiz (de New-York), l'un des chirurgiens les plus distingués de l'Amérique, un ouvrage dans lequel l'auteur a résumé les résultats de sa pratique relative au traitement des rétrécissements du canal de l'urèthre, et sur lequel il demande le jugement de la Société de chirurgie. M. le président prie M. Verneuil de vouloir bien se charger de répondre lui-même au désir exprimé par M. Otiz.

— M. Félix Guyon présente, au nom de M. le docteur Juge (de l'île Maurice) une observation intitulée : *Kyste ovarique; ponction suivie de l'évacuation d'une grande quantité de liquide; injection iodée; guérison.*

— M. Desprès annonce qu'il présentera, dans la prochaine séance, un malade atteint de la même affection que celle qui a fait l'objet de la communication de M. Le Dentu, mercredi dernier. Seulement, la tumeur osseuse, au lieu d'avoir son siége au fémur, occupe le tibia. Le malade de M. Desprès offre ceci de particulier, que sa tumeur n'est accompagnée d'aucune douleur notable.

M. Le Dentu dit que son opérée a succombé vingt-quatre heures environ après l'opération. Il croit ne pouvoir attribuer la mort qu'à cette sorte d'ébranlement nerveux que l'on observe parfois à la suite des grandes opérations, et que l'on a désigné sous le nom de *choc* traumatique.

En effet, la malade n'a pas perdu 200 grammes de sang pendant l'opération, grâce à l'application de la bande d'Esmarch, à l'aide de laquelle M. Le Dentu a pris soin de refouler dans le tronc le sang accumulé dans les veines de la jambe dilatées autour de la tumeur. Malgré cette précaution, et bien que l'opérée, encore une fois, n'eût perdu que très-peu de sang, elle avait, pendant l'opération même, présenté des signes d'une dépression générale très-grande. Cette dépression a continué après l'opération, et la malade a rapidement succombé, sans que, d'ailleurs, la température générale soit descendue au-dessous de 37°,4.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin par M. Le Dentu, il n'a été constaté aucune lésion viscérale, aucun signe de cachexie ou de généralisation de la maladie dans les organes internes. Seul le foie présentait une certaine atrophie et quelques noyaux de dégénérescence graisseuse. Tous les autres organes étaient absolument sains. L'examen histologique de la tumeur a été confié à M. Ranvier.

M. Verneuil voudrait que l'on supprimât du langage chirurgical le mot de *choc* traumatique si usité aujourd'hui, surtout en Angleterre, et qui ne lui paraît répondre à rien de précis ni de réel. On désigne vaguement, par cette expression, tout accident grave ou mortel de dépression générale survenu pendant une opération ou peu de temps après celle-ci, quelle que soit, d'ailleurs, la cause de cet accident. Mieux vaudrait, suivant M. Verneuil, avouer franchement que l'on ignore cette cause, que de dissimuler son ignorance sous le mot vague de *choc* traumatique.

Une théorie a été émise récemment qui cherche à rattacher la plupart de ces accidents à une cause générale, l'anémie, soit absolue, c'est-à-dire produite par une abondante perte de sang pendant l'opération, soit relative, c'est-à-dire due à une perte de sang médiocre, mais survenant chez un individu déjà anémié et débilité, incapable par conséquent de supporter une déperdition sanguine, même très-minime. Bien que cette théorie ne puisse embrasser tous les cas compris sous la dénomination de *choc* traumatique, elle paraît néanmoins, à M. Verneuil, susceptible de s'appliquer à la plupart d'entre eux, et elle aurait pour résultat de faire disparaître du langage chirurgical cette mauvaise locution de *choc* traumatique dont on a tant abusé, et dont on abuse beaucoup trop encore aujourd'hui, surtout en Angleterre. M. Verneuil demande que cette question soit mise à l'ordre du jour de la Société de chirurgie.

M. Desprès appuie la théorie dont vient de parler M. Verneuil, et qui lui paraît, à lui aussi, s'adapter à la grande majorité des faits.

M. Le Dentu répond qu'il serait fâcheux de supprimer complétement le mot de *choc* traumatique, car on ne saurait méconnaître l'influence prédominante du système nerveux dans les grands traumatismes. M. Le Dentu n'a jamais vu, dans les petits traumatismes, des pertes même très-abondantes de sang amener la mort, tandis que, dans les grands traumatismes, on voit, parfois, les opérés succomber brusquement, avec des pertes de sang minimes ou même nulles. L'anémie ne saurait expliquer ces cas, et il est rationnel de les rapporter à l'ébranlement produit sur le système nerveux par un traumatisme très-étendu. Il faut donc conserver le mot de *choc* traumatique pour ces cas dans lesquels prédomine l'influence de l'ébranlement du système nerveux. C'est à un cas de ce genre que lui paraît se rapporter le cas de son opérée.

M. Desprès dit que l'ébranlement nerveux agit en troublant et suspendant les phénomènes de l'hématopoïèse, c'est-à-dire en produisant une anémie rapide, sans perte de sang, par simple arrêt de la formation ou de l'élaboration des hématies.

M. Verneuil est loin de nier ou de méconnaître l'influence du système nerveux dans les grands traumatismes, et l'on peut voir cette influence mise en relief dans les thèses de plusieurs de ses meilleurs élèves. Mais, sans prétendre révoquer en doute cette action du système nerveux, M. Verneuil voudrait que l'on s'occupât avec soin de faire des catégories dans l'ensemble des cas de dépression générale réunis en bloc sous la dénomination beaucoup trop vague de *choc* traumatique, comme on en a fait pour les cas d'excitation du système nerveux distingués par les mots de *spasmes*, convulsions, etc. Ce que M. Verneuil combat, ce n'est pas l'admission d'une classe de phénomènes nerveux dépressifs, c'est l'exagération en vertu de laquelle on réunit en bloc, sous une même locution de *choc* traumatique, les accidents les plus variés, tels que les abaissements de la température générale, le ralentissement du pouls et de l'action cardiaque, les troubles de la respiration, etc., etc. Sur ce point, la réforme du langage chirurgical lui paraît nécessaire.

— A quatre heures et demie, la Société de chirurgie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Delens, sur les titres des candidats à la place déclarée vacante de membre titulaire.

D[r] A. Tartivel,
M.-A. de l'Établiss. hydrothérapique de Bellevue

FORMULAIRE

—

LINIMENT CONTRE LA CONSTIPATION. — OXAMENDI.

Huile d'aleuritis triloba . . . . 15 grammes.
Teinture de cantharides . . . . . . } āā. . 12 grammes.
Carbonate d'ammoniaque . . . . . }

Mêlez. — Frictions sur l'abdomen, avec ce liniment, dans le cas de constipation rebelle, ou de douleurs abdominales. — N. G.

COURRIER

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Il sera ouvert, en 1878, des concours pour quarante places d'agrégés, à répartir de la manière suivante, entre les Facultés de médecine de l'État :

Paris : Anatomie et physiologie, 1 ; histoire naturelle, 1 ; médecine, 4 ; chirurgie, 3 ; accouchements, 1. 10

Lille : Anatomie et physiologie, 1 ; histoire naturelle, 1 ; médecine, 3 ; chirurgie, 3. 8

Lyon : Anatomie et physiologie, 1 ; histoire naturelle, 1 ; physique et chimie, 1 ; médecine, 2 ; chirurgie, 2 7

Montpellier : Anatomie et physiologie, 1 ; histoire naturelle, 1 ; physique et chimie, 1 ; médecine, 3 ; chirurgie, 1 7

Nancy : Anatomie et physiologie, 2 ; physique et chimie, 2 ; médecine, 2 ; chirurgie, 1 ; accouchements, 1 8

Total. 40

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 16 février 1878, pour la section de médecine ;

Le 25 avril 1878, pour la section de chirurgie et accouchements ;

Le 15 juin 1878, pour la section des sciences anatomiques et des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront, chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places et pour plusieurs Facultés.

HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — L'hôpital Sainte-Eugénie va s'augmenter d'un pavillon pour les maladies diphthéritiques ; ce pavillon sera isolé du corps de bâtiments. La dépense est évaluée à 34,000 francs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 26 octobre 1877.

Ordre du jour : Rapport sur les maladies régnantes du troisième trimestre 1877, par M. Ernest Besnier. — Note sur l'inflammation aiguë et primitive de la loge prépéritonéale de Retzius, par M. Vallin. — Communication sur le tænia, par M. Laboulbène. — Communications diverses.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — La Société de médecine publique tiendra sa séance mensuelle, le mercredi 24 octobre, dans son local, rue de l'Abbaye, n° 3 (salle de la Société de chirurgie), à 8 heures du soir.

Ordre du jour : Discussion des communications faites dans la séance précédente par MM. Émile Trélat, Gubler, Vallin et Fieuzal.

Communications : 1° M. Léon Colin, De la fièvre typhoïde dans l'armée ; — 2° M. Pinard, Considérations nouvelles sur l'hygiène de la grossesse ; — 3° M. Napias, Les établissements de bains froids à Paris ; — 4° M. Coudereau, L'hygiène alimentaire de la première enfance ; — 5° MM. Laborde et Vidal, L'isolement des malades dans les hôpitaux.

Élections des candidats au titre de membres titulaires, correspondants nationaux et étrangers.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La détermination du siége dans l'encéphale des fonctions de relation, et en particulier des mouvements, est redevenue à l'ordre du jour de la physiologie. Nous disons : redevenue, car cette question a agité les esprits de tout temps, et avant Gall, sans remonter aux philosophes de la Grèce, on trouve dans l'histoire de la science de nombreux témoignages prouvant combien la recherche des localisations fonctionnelles dans les centres nerveux a toujours préoccupé les physiologistes. Dans ces derniers temps, la physiologie a tenté d'arborer le drapeau de l'indépendance. Elle a cru que seulement à l'aide de l'expérimentation et de la vivisection, elle pouvait parvenir à cette détermination du siége anatomique des fonctions de relation. Mais la physiologie s'est donné le tort de négliger ou de dédaigner un des éléments les plus précieux de cette recherche, à savoir, l'observation clinique, qui est l'*ultima ratio* de la réelle et suprême connaissance.

C'est ce qu'a compris un des plus sages, un des meilleurs esprits de l'Académie, M. H. Bourdon qui, dans un mémoire intéressant, a communiqué le résultat de ses recherches cliniques sur le siége des altérations anatomiques de l'encéphale dans les cas de paralysie partielle des membres ou après les amputations des membres supérieurs ou inférieurs. On sait que la physiologie actuelle croit pouvoir déterminer le siége anatomique des mouvements, ceux des muscles de la face, ceux du langage articulé dans la substance grise de certaines circonvolutions. L'observation clinique confirme-t-elle les données de la physiologie? Le mémoire de M. Bourdon constitue dès à présent un élément précieux de solution de cette question. On en trouvera un résumé au compte rendu de la séance.

On connaît les beaux travaux de M. le docteur Lancereaux sur la syphilis viscérale. A l'occasion d'un fait de syphilis du poumon qu'il a eu récemment l'occasion d'observer, ce laborieux et distingué confrère a présenté à l'Académie un résumé de ses recherches sur cet intéressant sujet.

Remarquons avec plaisir que cette séance a été entièrement remplie par des communications de deux membres de l'Académie. A. L.

CLINIQUE MÉDICALE

KYSTE HYDATIQUE DU FOIE VIDÉ A DEUX REPRISES AU MOYEN DE L'ASPIRATEUR, ET GUÉRI SPONTANÉMENT PAR RUPTURE ET ÉVACUATION DANS L'ESTOMAC;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 juillet 1877,

Par le docteur GÉRIN-ROZE, médecin des hôpitaux.

Messieurs,

Le 26 mars 1876, dans la discussion soutenue devant vous sur le plus ou moins de gravité des ponctions du foie faites avec le trocart aspirateur, je vous ai entretenus de trois malades sur lesquels, à quelques semaines de distance, j'avais pratiqué cette petite opération. Je soutenais, avec quelques-uns d'entre vous, que ces ponctions étaient peu dangereuses par elles-mêmes, lorsqu'on prenait toutes les précautions nécessaires avant, pendant et après l'opération.

A l'appui de cette thèse, je viens aujourd'hui compléter l'observation, alors à peine esquissée, de la femme Leblond, et vous montrer ainsi, qu'après deux ponctions successives faites, à dix mois d'intervalle, le kyste s'est ouvert dans l'estomac au moment même où, une année plus tard, je me proposais de vider la poche pour la troisième fois.

5 octobre 1874 (hôpital Beaujon). — Alexandrine Leblond, lingère, âgée de 41 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs lancinantes qu'elle ressent, depuis deux ans, dans l'hypochondre gauche. D'abord légères, ces douleurs sont devenues insupportables, et envoient à chaque

instant des irradiations dans le membre abdominal droit; le moindre effort les exaspère, aussi la malade ne peut-elle ni travailler ni se baisser.

Le foie, volumineux, déborde largement les fausses côtes. Sa surface est lisse et rénitente. Je diagnostique un kyste hydatique, et, le 15 octobre, me servant de l'aspirateur Dieulafoy, je ponctionne le kyste, et n'enlève le trocart que lorsque le liquide cesse de couler. Je retire ainsi 800 grammes d'un liquide incolore, transparent, clair comme de l'eau de roche, sans débris membraneux, et dans lequel nous ne pouvons trouver de crochets.

La malade se lève, dès le lendemain, n'ayant éprouvé ni fièvre ni malaise.

Mars 1875. L'hypochondre droit fait une saillie très-légère. La région est sensible à la pression, surtout au niveau de la piqûre ; ce qui fait que la malade supporte difficilement les cordons de sa robe et de ses jupons. Elle se plaint, en outre, de quelques douleurs lancinantes dans le membre abdominal droit; mais, gêne et douleurs sont des phénomènes très-légers qui ne l'empêchent pas de se livrer à ses occupations, de marcher, de faire son ménage, etc.

Juin 1875. Sensibilité très-grande de la région hépatique. Marche difficile; flexion du tronc provoquant une vive douleur.

Le foie ne fait aucune saillie, et ne déborde pas les fausses côtes.

13 août 1875 (hôpital de la Charité). — La malade, souffrant de plus en plus, rentre à l'hôpital dans l'intention de subir une deuxième ponction.

La tumeur, saillante, lisse, rénitente, produit une voussure très-marquée, soulève les fausses côtes, et s'étend transversalement, de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche, sur une longueur de 13 centimètres. En s'avançant vers l'hypochondre gauche, elle déborde la ligne médiane de 5 centimètres. Son point le plus saillant est situé un peu à gauche de la ligne médiane, au niveau du rebord costal. C'est à ce niveau que je plonge l'aiguille n° 2, qui mesure 1 millimètre de diamètre, et retire 900 grammes d'un liquide verdâtre, ressemblant à de la purée de pois, mélangé de quelques débris de membranes blanchâtres. Ce liquide, recueilli dans un vase, forme bientôt un dépôt équivalant à un tiers de la masse, et l'on y trouve au microscope :

1° Plusieurs crochets d'échinocoques ;

2° Des globules purulents;

3° De nombreux cristaux de cholestérine.

La tumeur a disparu. La malade respire plus facilement; mais la douleur persiste.

Soir. Pouls à 112. Température à + 39°; tandis que, avant la ponction, le pouls était à 80 et la température à 37°,2/5.

Dès le lendemain, la réaction avait cessé, et depuis lors jusqu'à la sortie de la malade, la température a constamment oscillé entre + 37° et 37°,4/5. Le pouls seul gardait un peu d'accélération.

C'est, du reste, ce que montre le tableau suivant :

14 août,	matin :	pouls, 94;	température +	37°,2/5.
	soir,	—	90;	—	37°,4/5.
15 août,	matin,	—	92;	—	37°,1/5.
	soir,	—	92;	—	37°,4/5.
16 août,	matin,	—	88;	—	37°,1/5.
	soir,	—	90;	—	37°,3/5.

25 août 1875. *Exeat*, en bon état.

Mai 1876. Les douleurs sont revenues et ont changé de caractère. Jusqu'ici la malade ne s'était plainte que d'irradiations douloureuses allant exceptionnellement de l'hypochondre droit à l'épaule droite, et surtout au membre abdominal du même côté. Aujourd'hui, il y a des tiraillements très-accusés à la région épigastrique, et il s'y joint un nouveau symptôme : la dyspepsie. Examinée soigneusement, la région du foie ne présente rien d'anormal. La glande ne déborde pas les fausses côtes. La palpation ne fait découvrir aucune tumeur, et la pression n'est pas douloureuse.

Dans ces conditions, l'urgence d'une nouvelle ponction ne me semblant pas démontrée, je renvoie la malade, en l'engageant à revenir à la première alerte.

28 juin 1876. L'occasion ne se fit pas longtemps attendre, car, à un mois de là, le 28 juin, la femme Leblond accourut chez moi, très-effrayée de ce qu'elle avait vomi, la veille, une grande quantité de pus et de débris membraneux.

Depuis huit jours, elle se trouvait plus souffrante. Les mauvaises digestions, les douleurs d'estomac, l'obligeaient à ne prendre que fort peu de nourriture, lorsque, tout à coup, elle fut prise d'une très-vive douleur d'arrachement vers l'épigastre, et rejeta, par la bouche, une très-grande quantité de liquide d'une saveur détestable, et de grandes peaux dont l'expulsion, fort pénible, dura près d'un quart d'heure. Blanchâtres, résistantes, à surface légèrement

grenue, ces grandes peaux offraient tous les caractères des membranes hydatides. Trois ou quatre d'entre elles avaient la largeur de la paume de la main. L'une d'elles était plus large encore; tous caractères dont on se rendait parfaitement compte en les faisant flotter dans une cuvette pleine d'eau.

Rien d'analogue n'a été trouvé dans les selles.

Après ces vomissements, elle se trouva soulagée; mais, tellement affaiblie, qu'elle se coucha et garda le lit pendant le reste de la journée. La nuit avait été assez calme, et elle venait me demander assistance.

Étant alors en congé, je l'adressai, le jour même, à l'hôpital Temporaire, où l'admit mon excellent collègue, M. le docteur Damaschino. M. Marit, interne du service, a eu l'obligeance de me remettre la note suivante :

« Depuis l'entrée de la femme Leblond à l'hôpital, les vomissements ne se sont pas reproduits. L'état général est satisfaisant; peu de fièvre. Pouls à 80°. Température axillaire à + 38°.

« La malade ne se plaint que de fatigue, et de douleurs dans la région du foie. La douleur s'accuse surtout à la pression. Le foie n'est pas augmenté de volume. Le ventre est souple et dépressible. Il n'y a ni ictère, ni bile dans les urines. Rien, en un mot, ne ferait supposer le travail pathologique qui vient de se produire, à l'exception, toutefois, de la douleur hépatique que provoque la pression.

« La langue est un peu blanche. L'inappétence complète. Il n'y a pas eu de selles depuis l'accident.

« M. Damaschino s'abstient de toute médication active. Un lavement est rendu, sans qu'il soit possible de trouver des membranes dans les matières évacuées. Régime lacté absolu.

« Sous l'influence de ce régime et du repos, l'état de la malade s'améliora de jour en jour.

« Le 10 juillet, on lui permit de manger; et, dans les derniers jours du mois, elle put retourner chez elle, complétement rétablie. »

23 septembre. Le foie n'est ni tuméfié ni douloureux à la pression; mais, quand la malade se baisse, elle ressent, aux deux hypochondres (selon elle, aux deux extrémités de la plaie), une douleur qu'elle compare à un frottement sur une plaie à vif; d'ailleurs, l'appétit est bon; il n'y a pas de fièvre; les chairs sont fermes, sans amaigrissement.

Un an plus tard, le 1er octobre 1877, je revois la malade pour une bronchite. Le foie est petit; la pression et la percussion déterminent un peu de sensibilité au niveau de l'hypochondre gauche. La guérison semble parfaite.

En résumé, une femme de 41 ans, portant un kyste hydatique du foie, subit, en août 1874, une première ponction, qui donne issue à 800 grammes d'un liquide clair comme l'eau de roche.

Neuf mois après, une deuxième ponction fournit 900 grammes d'un liquide purulent contenant des crochets et des débris membraneux.

Enfin, un peu moins de onze mois plus tard, le kyste hydatique, qui s'était reproduit, se rompt spontanément et se vide dans l'estomac, sans que cette heureuse terminaison soit suivie du plus léger accident. — Guérison.

Réflexions. — Cette observation me semble confirmer l'opinion soutenue en commençant cette lecture, à savoir : que la ponction des kystes hydatiques du foie, par le trocart aspirateur, constitue une opération peu dangereuse par elle-même, lorsqu'on prend toutes les précautions nécessaires avant, pendant et après l'opération.

Elle montre combien les suites en sont peu dangereuses, puisque la réaction a été presque nulle, même après l'évacuation de 900 grammes de pus; alors que, les hydatides détruites, le kyste s'était mis à suppurer.

Quelle autre conduite aurais-je d'ailleurs pu tenir? Mis en présence de ma malade, je n'avais que trois partis à prendre :

1° L'expectation;

2° L'ouverture avec les caustiques;

3° La ponction.

L'expectation : C'était évidemment me condamner à tous les dangers occasionnés par le développement incessant du kyste; développement qui, au moment de la ponction, était déjà suffisamment prononcé pour empêcher la malade de travailler et de gagner sa vie. De plus, il était à craindre que les douleurs ne devinssent plus fortes, et n'amenassent des désordres du côté de la nutrition.

L'ouverture avec les caustiques : Mais cette ouverture a souvent été suivie d'accidents ; et je devais la regarder plutôt comme une dernière ressource que comme un premier effort à tenter. D'autant plus que cette ressource était toujours à ma disposition, en cas de nécessité.

Restait donc la ponction par le trocart aspirateur qui me donnait la chance, rare il est vrai, mais enfin réelle, de débarrasser la malade, du premier coup, par une opération d'une simplicité sans égale.

Lorsque, neuf mois plus tard, ayant dû recourir à une nouvelle ponction, je constatai l'inflammation du kyste et la présence du pus, je me demandai s'il était bien prudent de fermer l'ouverture, et de laisser le pus s'accumuler à nouveau dans la poche. Un peu rassuré, cependant, par les précautions que j'avais prises, afin d'empêcher l'air de pénétrer dans le foyer, je me décidai à laisser immédiatement se cicatriser l'orifice ; me réservant, si la douleur et la fièvre se montraient, de placer une canule à demeure, et d'empêcher la putridité au moyen de lavages répétés.

Les résultats de la ponction furent si favorables que je n'eus plus même besoin de songer à ce complément de l'opération. Car, il est curieux de constater que, depuis lors, c'est-à-dire que, pendant plus de onze mois, la malade a pu porter son kyste suppuré sans en être très-incommodée. On se rappelle, en effet, que, sauf les douleurs supportables de la région hépatique, l'état général s'est toujours montré satisfaisant.

Et si, maintenant, on vient me dire que la première ponction a tué les hydatides et occasionné la suppuration du kyste, je répondrai que j'en suis heureux, puisque c'est un des plus sûrs moyens de guérir une maladie encore trop souvent mortelle.

CLINIQUE MÉDICALE

DES COMPLICATIONS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS LE TRAITEMENT PAR LES BAINS FROIDS ET LES TRAITEMENTS ORDINAIRES (1) ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 avril 1877,

Par le docteur LIBERMANN, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou.

Brand ne veut pas admettre cependant que le chiffre 7,4 p. 100 soit la véritable expression des résultats de la méthode, et, pour le prouver, il fait deux catégories des observations qu'il a recueillies. Une première, dans laquelle sont classées celles des auteurs qui ont donné méthodiquement les bains, comme Jurgensen, Liebermeister, Hagenbach, Gerhard, Glénard, Cayla, Riegel, etc. (2).

La totalité des fièvres typhoïdes traitées dans ces conditions comprend 5,948 cas, sur lesquels 360 décès, soit 6 p. 100.

Dans la seconde catégorie, il classe les malades qui ont été soumis à un traitement incomplet ou insuffisant, et la mortalité s'élève à 10,9 p. 100 (3).

Pour prouver combien certains accessoires du traitement balnéaire ont de l'importance, il cite dans ce chapitre deux statistiques très-intéressantes : celles de Heubner et de Stecher. Tous deux n'ont donné à leurs malades que quatre bains par jour; mais Heubner, entre temps, employait les compresses froides, tandis que Stecher n'en faisait pas usage.

Le premier a eu une mortalité de 1,4 p. 100; le second de 8,2.

On pourra certainement reprocher à cette statistique, ainsi qu'à la statistique comparative que j'ai donnée d'après Brand, à propos des complications de la fièvre typhoïde, de ne pas opérer sur des unités identiques et, par conséquent, de n'avoir qu'une valeur relative. Je partage absolument cette manière de voir, et je n'ai cru

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 9, 13 et 20 octobre.

(2) Brand, *loco citato*, p. 311 et suivantes.

(3) Cette catégorie comprend 2,198 cas et 240 décès.

devoir apporter dans le débat cette masse de chiffres que comme un document utile à consulter et intéressant à mettre sous les yeux de la Société, le livre de Brand étant encore inconnu en France. Il semble cependant en ressortir un fait indiscutable, comme l'a également fait remarquer Bernheim dans ses *Leçons cliniques*, c'est que la mortalité est moindre par le traitement hydrothérapique que par les autres traitements.

M. Peter a cherché à établir le contraire ; mais il s'appuie sur des statistiques trop peu considérables (celles de Biermer, Féréol et Maurice Raynaud), pour que ses chiffres puissent acquérir la valeur nécessaire. Son principal argument contre la méthode est assez spécieux, du reste. Dans l'épidémie de 1876, M. Féréol, sur 83 malades, a eu 13 décès, soit 15,66 ; M. Maurice Raynaud, à l'hôpital Lariboisière, sur 54 malades traités par les bains, a eu 8 décès, soit 14,96 p. 100. Or, dit-il, « dans la même épidémie de 1876, dans la même durée de temps, sur un nombre de malades analogues, des médecins d'une valeur comparable, dans un même milieu d'hôpital, à Paris, ont eu, par les moyens médicaux traditionnels, les résultats qui suivent (1) :

« M. Desnos, à la Pitié, sur 37 malades, 5 morts, soit 13,51 p. 100.

« M. Peter, à l'hôpital Saint-Antoine, sur 73 malades, 10 morts, soit 13,69 p. 100.

« M. Mesnet, au même hôpital, sur 65 cas, 9 morts, soit 14 p. 100. »

Mais ces malades étaient-ils bien analogues à ceux de la Maison de santé et de l'hôpital de Lariboisière? M. Féréol a eu soin de faire remarquer que les malades reçus à la Maison de santé étaient généralement plus gravement atteints que ceux qu'on traitait dans les autres hôpitaux, à cause du public spécial qu'on y reçoit. Du reste, il n'est pas rare de voir dans le même hôpital, dans deux services différents, une série heureuse dans l'un et malheureuse dans l'autre, et cela porte à porte, dans le même milieu, et avec le même public.

Je le répète encore, on ne peut tirer de conclusions avec des chiffres aussi peu élevés. Le fait suivant en est une démonstration frappante : M. le docteur Alix, à l'hôpital militaire de Lyon, sur 3 malades soumis aux bains, en perdait 3 ; à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, notre confrère M. Lacassagne (2) sur 8 malades traités par la même méthode, avait 8 guérisons. A quelles conclusions arriverait-on, si l'on s'en tenait seulement à l'une de ces deux statistiques pour juger de la valeur des bains froids dans la fièvre typhoïde?

Quant aux discussions de la Société médicale de Lyon, une étude attentive m'a convaincu que les opinions de la Société étaient partagées sous le rapport de l'utilité des bains froids ; elle compte dans son sein des partisans convaincus comme des antagonistes de la balnéation ; mais, même à Lyon, où les bains froids ont été donnés sur une plus large échelle qu'à Paris, les chiffres de l'expérimentation sont trop peu élevés pour en tirer des conclusions véritablement fondées. Du reste, si cette méthode a donné des résultats inférieurs aux traitements ordinaires, c'est que les bains ont presque toujours été réservés aux cas les plus graves (3).

Maintenant j'en viens à la question importante, capitale : Faut-il donner les bains froids dans toutes les fièvres typhoïdes, ou faut-il les réserver à certains cas déterminés? J'ai déjà répondu à cette question dans mon mémoire en 1874, et les discussions qui se sont produites depuis n'ont fait que me confirmer dans mon opinion. Il faut réserver les bains aux fièvres typhoïdes graves dont la gravité dépend exclusivement de l'hyperthermie. Les fièvres typhoïdes légères et moyennes qui guérissent sans traitement, les fièvres typhoïdes qui empruntent leur gravité à l'inten-

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, p. 291, numéro du 15 avril 1877.

(2) Communication verbale.

(3) Ma statistique personnelle comprend 29 cas seulement traités par les bains froids et les autres procédés hydrothérapiques depuis 1871, sur lesquels 5 décès, soit 17,2 p. 100 ; mais tous les malades de cette série étaient gravement atteints et le chiffre de 17,2 p. 100 est encore favorable puisque, dans les fièvres typhoïdes graves, la mortalité oscille entre 33 et 50 p. 100.

sité de l'empoisonnement typhique ou à une sensibilité particulière de l'économie pour cet empoisonnement, comme par exemple celles où l'on constate avec une température peu élevée ou même normale, les accidents cérébraux les plus intenses, ces fièvres ne sont pas justifiables de la méthode. Il en est de même de certaines fièvres dont la gravité dépend des phénomènes abdominaux ou bien de manifestations cérébrales dues à des complications comme l'œdème, l'apoplexie, ou, enfin, d'accidents laryngiens, tels que les ulcérations du larynx ou une sensiblité particulière de cet organe au froid; j'ai établi ces points dans d'autres publications, je n'insisterai pas davantage ici.

Si on exclut toutes ces formes, les bains froids ne trouvent leur véritable application que 10 à 20 fois sur 100 fièvres typhoïdes. Dans ces limites, aucun esprit sérieux ne voudra les rejeter, et c'est parce qu'on a cherché à en faire un traitement unique s'appliquant indistinctement à tous les cas, qu'ils ont suscité une opposition aussi vive.

J'ai établi dans mon premier mémoire quelles étaient les conditions de température qui indiquaient les bains froids. Mon savant confrère, M. Maurice Raynaud, a traité la question d'une façon plus complète encore, dans ses belles leçons cliniques ; je renvoie à son mémoire et au mien. D'une façon générale, je dirai cependant que toutes les fois que plusieurs jours de suite les températures du soir auront été très-élevées, c'est-à-dire qu'elles auront atteint 40° et plus, et que les rémissions du matin auront été très-faibles, les bains seront indiqués. Les partisans à outrance de la méthode nous objecteront il est vrai que, pour nous assurer de la gravité de la maladie et des signes thermiques, nous serons forcés d'attendre trop longtemps, et que nous perdrons ainsi le bénéfice des bains froids qui ne donnent des résultats réellement brillants que quand ils sont employés au début. Nous avons déjà répondu à cette objection, et nous avons indiqué les signes pronostics qui permettent d'affirmer, dès la fin de la première semaine ou dans les premiers jours de la seconde, si la fièvre sera grave ou non. Pas plus que M. Raynaud nous n'avons jamais pu nous décider à donner les bains que quand ils nous paraissaient formellement indiqués par l'hyperthermie et la gravité de la maladie, et nous avons eu la satisfaction de constater que cette manière de voir, exprimée d'une façon catégorique il y a deux ans déjà, avait été suivie par presque tous les observateurs en France.

Ainsi restreinte, la méthode hydrothérapique n'offre plus les difficultés pratiques sur lesquelles s'est étendu si complaisamment notre savant confrère. Les bains froids ne constituent certainement pas une médication agréable, mais les répugnances cesseront bien vite devant les résultats réellement surprenants qu'ils amènent souvent dès les premiers jours de leur application. Si M. Peter avait constaté une seule fois seulement, *de visu*, la complète transformation des malades après les premiers bains; s'il avait vu succéder comme nous, souvent après quelques heures, aux cris, à l'agitation, au délire, le calme, la tranquillité et le sommeil, il n'aurait probablement pas nié avec tant d'énergie l'influence de la température sur la fièvre typhoïde, et l'action si bienfaisante des soustractions de calorique faites avec méthode et prudence.

Une fois les médecins convaincus de l'utilité des bains, leur emploi dans les bornes limitées que nous avons indiquées deviendra facile dans les hôpitaux.

Il suffirait d'établir dans chaque service un cabinet pour les fièvres typhoïdes graves, avec 8 ou 10 baignoires, ou bien, si l'on ne pouvait créer ces installations particulières, une salle avec 30 ou 40 baignoires pour tout l'hôpital. Dans les petits hôpitaux où l'on ne trouve pas de baignoires, des lotions froides fréquemment renouvelées dans la journée et d'une durée de cinq à dix minutes, avec accompagnement d'affusions sur la tête quand les symptômes cérébraux deviendraient menaçants, suppléeraient aux bains.

Dans la pratique civile, dans la classe riche ou même aisée, il n'y a point de difficulté pratique réelle. Quant aux malades pauvres qui ne voudraient ou ne pourraient entrer dans les hôpitaux, nous ne croyons pas trop présumer du dévouement du Corps médical de notre pays en affirmant que partout où il y aura une existence

humaine à sauver, il se trouvera un médecin qui donnera son temps, sa peine et son talent pour remplir ce devoir sacré.

M. Peter vous a dit en terminant : « *Caveant consules!* » Je n'emploierai pas une objurgation aussi solennelle. Je vous dirai simplement : Ne condamnez pas, sur de pures vues théoriques, une méthode qui, employée pour répondre à certaines indications déterminées, a rendu et rendra encore des services signalés; essayez-la d'abord et rappelez-vous, avant de vous prononcer, qu'en médecine comme dans toutes les sciences en voie de formation, la vérité d'aujourd'hui est trop souvent l'erreur de demain.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1877. — Présidence de M. BAILLARGER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Trois rapports relatifs aux épidémies observées dans le département du Rhône en 1876. (Com. des épidémies.)

2° Un rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de Rennes-les-Bains.

3° Un rapport d'ensemble sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne, pendant l'année 1876, par M. Reeb.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Houzé de l'Aulnoit (de Lille) accompagnant l'envoi d'un pli cacheté dont le dépôt est accepté.

2° Des lettres de MM. Bourgoing et Méhu, qui se portent candidats pour la section de pharmacie.

—

M. LEGOUEST présente, au nom de M. le docteur Barudel, un volume intitulé : *Le diabète, la goutte et la gravelle, et leur traitement par les eaux de Vichy.*

—

M. BOURDON lit un travail intitulé : *Recherches cliniques sur les centres moteurs des membres.*

M. Gosselin, dans son rapport sur les mémoires de MM. Lucas-Championnière, Proust et Terrillon, ayant soulevé la question des localisations cérébrales, M. Bourdon s'est livré à des recherches sur ce sujet, dans le but de contrôler, par des observations cliniques, les résultats des expériences faites sur les animaux; son étude porte particulièrement sur les centres moteurs des membres.

Ayant observé un fait très-net et très-précis de monoplégie brachiale, il en a rapproché tous ceux qui lui ont paru aussi concluants; plusieurs sont inédits.

Il cite d'abord son observation (1) : Un vieillard, d'une constitution très-détériorée, après un simple vertige, est frappé subitement d'une paralysie limitée aux muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit, avec conservation de la sensibilité. La parole revient promptement; mais la paralysie partielle du membre supérieur persiste jusqu'à la mort. A l'autopsie, on trouve un petit foyer hémorrhagique très-superficiel, placé à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante de l'hémisphère gauche, et, dans le voisinage, des traces de congestion; aucune lésion du côté des centres opta-striés.

Dans un second fait, également inédit, communiqué par M. Vermeil, on voit un maçon, à la suite d'une chute qui a déterminé une fracture du crâne, présenter une paralysie des deux bras, et à l'autopsie duquel on a rencontré deux foyers de méningo-encéphalite, l'un à gauche, dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante; l'autre à droite, sur la circonvolution pariétale ascendante.

L'auteur rapporte ensuite 12 observations de monoplégie brachiale empruntées à divers auteurs, et toutes accompagnées d'autopsie.

En analysant les symptômes nerveux présentés par les malades, il y retrouve les caractères spéciaux des paralysies d'origine corticale : dissociation, marche envahissante, apparition successive, instabilité des phénomènes paralytiques, ceux-ci respectant toujours la sensibilité, et ne s'accompagnant presque jamais de perte de connaissance.

(1) L'observation a été recueillie par M. DAROLLES, interne des hôpitaux.

Quant aux lésions anatomiques, de nature très-variée, elles ont toutes pour siége la zone motrice corticale ; mais au lieu d'occuper le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, c'est-à-dire la région circonscrite, où MM. Carville et Duret ont placé le centre moteur du bras, chez l'homme, d'après leurs expériences faites sur les animaux; au lieu d'être situées exclusivement sur le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, comme cela devait être, d'après la localisation proposée par MM. Charcot et Pitres dans leur récent mémoire, ces lésions étaient disséminées sur toute la hauteur des deux circonvolutions ascendantes et sur les parties contiguës ; mais, point important à noter, toutes les fois que la paralysie de la face s'est jointe à celle du bras (dans 6 observations), la lésion existait à la partie moyenne ou inférieure de la frontale ascendante, c'est-à-dire plus ou moins près de la deuxième circonvolution frontale, où l'on est généralement d'accord de placer le centre moteur de la face.

Le département occupé par toutes ces lésions, quoique assez étendu, paraissait constituer le véritable centre moteur du bras. Seulement, en dépouillant les observations d'hémiplégie corticale, M. Bourdon reconnut que, dans la majorité des cas, l'altération anatomique occupait bien le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante, conformément à la localisation adoptée par MM. Charcot et Pitres pour les mouvements associés de la jambe et du bras ; mais, dans bon nombre de faits, l'autopsie a révélé des lésions ayant le même siége que dans les monoplégies brachiales.

L'auteur s'est alors occupé de rechercher si, indépendamment de sa situation, certains caractères de l'altération anatomique ne pouvait pas rendre compte de cette différence des phénomènes paralytiques. Contrairement à ce qu'on pouvait supposer, les faits ne lui ont pas démontré que l'extension de la paralysie du bras à la jambe fût en rapport avec une étendue plus considérable de la lésion, soit en surface, soit en profondeur.

L'étude des monoplégies brachiales ne lui ayant pas donné un résultat aussi satisfaisant que celui qu'il en attendait, M. Bourdon a voulu savoir si les amputations du bras, avec leur lésion encéphalique, nécessairement très-simple, ne seraient pas plus propres que les affections cérébrales à faire découvrir la situation exacte des centres moteurs.

S'il est vrai, ainsi qu'on doit le croire d'après certains faits d'arrêt de développement, que le défaut d'action d'un membre amène, à la longue, une atrophie de la portion du cerveau qui tient ses mouvements sous sa dépendance, l'auteur, dans les cas d'amputation ancienne, devait trouver à la surface du cerveau une lésion atrophique occupant toujours le même point.

Malheureusement il n'a pu réunir que deux observations suivies d'autopsie : l'une est de M. Chuquet, l'autre de M. de Boyer. Toutefois, dans les deux cas, on a rencontré une atrophie siégeant à la partie supérieure des deux circonvolutions ascendantes, c'est-à-dire sur une portion de la zone qu'occupaient les lésions dans les monoplégies brachiales, ce qui augmente encore la valeur de celles-ci, au point de vue de la localisation.

Dans un second chapitre, M. Bourdon s'est occupé des mouvements du membre inférieur. Afin de vérifier si, chez l'homme, il existe réellement un centre moteur distinct de celui du bras, ainsi que les expériences faites sur les animaux permettent de le supposer, il a cherché à s'appuyer sur des faits cliniques de paralysie limitée à la jambe. Mais ceux qu'il a trouvés dans la science ne sont pas accompagnés d'autopsie, où le siége de la lésion n'est indiqué que très-approximativement.

A défaut d'observations de monoplégie suffisamment concluantes, l'auteur a réuni trois faits d'amputation et un fait d'arrêt de développement du membre inférieur. Dans les trois premiers, qui appartiennent à M. Luys, et dont deux sont inédits, on a rencontré une atrophie siégeant à la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Dans le fait d'arrêt de développement, emprunté à M. Landouzy, l'atrophie occupait la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante. C'est le seul cas dans lequel la lésion occupait un point voisin du centre moteur proposé par MM. Carville et Duret, et par M. Ferrier, pour le membre inférieur.

Après avoir donné les conclusions, qu'il est du reste facile de tirer de tout ce qui précède, M. Bourdon termine par les considérations pratiques suivantes :

En conséquence de l'étendue considérable du centre moteur du bras, une paralysie limitée à ce membre ne peut indiquer d'une façon assez précise le point du crâne où doit être appliqué le trépan. Cependant, si à la monoplégie brachiale vient s'ajouter une paralysie faciale inférieure ou une aphasie, on aura, suivant M. Bourdon, grande chance de rencontrer la lésion, en opérant à la partie moyenne de la ligne rolandique, comme le recommande M. Lucas-Championnière.

Quant au conseil que donne ce chirurgien d'appliquer le trépan vers le sommet du sillon de Rolando, dans les cas de paralysie du membre inférieur, les observations citées tendent à prouver qu'il est bien fondé ; mais il n'en est plus de même quand il indique d'opérer en

arrière de ce sillon, car les faits démontrent que l'altération anatomique est située plus souvent en avant qu'en arrière de la ligne qui doit servir de repère au chirurgien.

Ces remarques justifient suffisamment les prudentes et sages réserves faites, au point de vue pratique, par le savant rapporteur, M. le professeur Gosselin.

M. GOSSELIN dit que la communication de M. Bourdon confirme d'une manière générale l'opinion adoptée par les physiologistes contemporains, que les mouvements des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que ceux de la face, ont un centre particulier situé dans la substance grise corticale du cerveau. Mais les résultats curieux révélés par M. Bourdon et constatés à la suite des amputations des membres, sont de nature à modifier l'opinion d'après laquelle on admettait l'existence de localisations spéciales pour les mouvements des membres supérieurs et inférieurs ; ces résultats tendent à prouver, au contraire, l'existence d'une zone motrice commune. M. Gosselin croit devoir signaler cependant un *desideratum* qui reste au point de vue de la physiologie ; il semble résulter des faits recueillis par MM. Curville et Duret que l'existence de centres moteurs particuliers perdrait de son importance dans la pratique, puisque, selon eux, les cellules où résident ces centres pourraient, après leur disparition ou leur atrophie, être remplacées ou suppléées par d'autres cellules. Il serait à désirer que la science fût fixée sur ce point intéressant.

Il semble à M. Gosselin que le mémoire de M. Bourdon vient à l'appui du rapport qu'il a lu dernièrement à l'Académie de médecine. En ce qui concerne l'application des nouvelles doctrines sur les localisations cérébrales à l'opération du trépan, M. Gosselin disait, dans son rapport, que le trépan lui paraissait indiqué bien plus par le fait de l'existence d'une plaie avec fracture et enfoncement, que par l'ensemble des lésions fonctionnelles. Jamais cette opération ne doit être pratiquée lorsqu'il n'existe pas de fracture avec enfoncement.

A cette occasion, M. Gosselin cite une observation adressée à l'Académie, le 10 juillet dernier, par M. le docteur Caradec (de Brest), et sur laquelle il a été chargé de faire un rapport verbal. Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui fut blessée au côté gauche du crâne par un éclat de mine ; une fracture avec enfoncement de la partie inférieure du pariétal gauche en était résultée, et, consécutivement, une monoplégie du membre supérieur droit avec aphasie. Contrairement aux indications qui semblaient établies par de telles conditions, le trépan ne fut pas appliqué ; cependant la malade ne mourut pas, la fracture se consolida, la plaie se cicatrisa, et, lorsque M. Caradec vit la malade, il n'existait plus qu'un peu de paralysie et d'aphasie.

Dans une consultation qui eut lieu, à ce sujet, entre plusieurs médecins de Brest, la question de l'application du trépan fut soulevée, mais résolue négativement, aucun des médecins consultants n'ayant voulu prendre la responsabilité d'une opération qui pouvait faire courir les plus graves risques à une malade dont l'état s'était certainement amélioré considérablement. Ne pouvait-on pas d'ailleurs espérer qu'un travail de suppléance avait commencé à s'établir chez elle, et qu'à la rigueur la 3e circonvolution frontale droite pourrait remplacer la 3e circonvolution frontale gauche ?

L'observation de la malade de M. Caradec s'arrête au 10 juillet dernier. Il serait à désirer qu'elle fût complétée, au double point de vue de la paralysie et de l'aphasie.

M. BOURDON répond que les faits qu'il a recueillis, et qui font la base de son mémoire, paraissent favorables à l'opinion de ceux qui pensent que les localisations cérébrales peuvent servir de guide pour déterminer le lieu où le trépan doit être appliqué, lorsque, d'ailleurs, cette opération est indiquée. M. Bourdon n'oserait admettre cette indication d'après les seuls phénomènes physiologiques, en l'absence d'une plaie avec fracture et enfoncement, mais il rappelle que M. Broca a pratiqué l'opération du trépan chez un individu, sur l'existence du symptôme aphasie, et qu'il a donné ainsi issue à du pus collecté en foyer, sans qu'il y eût ni plaie, ni fracture.

M. GOSSELIN fait remarquer que le fait de M. Broca n'a pas la valeur que M. Bourdon semble lui accorder, puisque, dans ce cas, il s'agissait, non d'un abcès, mais d'une méningo-encéphalite diffuse terminée par suppuration à laquelle le malade finit par succomber, malgré le trépan.

M. GUENEAU DE MUSSY demande si, dans les cas d'amputation, on a trouvé en même temps que l'atrophie des circonvolutions fronto-pariétales, une lésion des centres ganglionnaires, du corps strié, par exemple ? Il serait intéressant, selon lui, de rechercher s'il y a coïncidence entre les lésions corticales et les lésions des centres ganglionnaires, dont les fonctions semblent corrélatives à celles des centres moteurs périphériques admis par les physiologistes contemporains.

M. BOURDON répond que son travail contient seulement des observations dans lesquelles il

existait une lésion pure et simple des centres moteurs périphériques. Il a systématiquement éliminé les faits complexes dans lesquels il y avait à la fois lésion des centres ganglionnaires et lésion des centres moteurs périphériques.

—

M. Lancereaux lit un travail intitulé : *Note sur un cas de syphilis pulmonaire, suivie de réflexions sur la syphilis des viscères et les erreurs dont elle est l'objet.* Voici les conclusions de ce travail :

« 1° La syphilis, si l'on fait exception de la fièvre concomitante du début des manifestations secondaires, se traduit invariablement par des lésions matérielles des organes et par des troubles fonctionnels subordonnés au siége et à l'étendue de ces lésions.

2° Cette maladie n'affecte jamais primitivement que des tissus dérivés du feuillet moyen du blastoderme et, en particulier, les éléments du système lymphatique. Les tissus dérivés du feuillet interne et externe, tissus épithéliaux, cellules nerveuses, sont toujours secondairement altérés.

3° Elle se manifeste par des lésions à développement lent, excentrique, dont le type est le tissu conjonctif embryonnaire, et qui tantôt disparaissent par résorption ou par élimination, tantôt s'organisent en tissus définitifs homologues (tissu osseux dans l'os, lymphatique dans les ganglions, cicatriciel dans la substance conjonctive).

4° Elle évolue en trois temps :

Un premier temps caractérisé par un ou plusieurs accidents locaux appelés chancres;

Un second, par des lésions ou éruptions disséminées, étendues, superficielles et résolutives, c'est-à-dire qui disparaissent sans laisser la moindre trace (éruptions généralisées ou de la période secondaire);

Un troisième, par des lésions circonscrites, profondes, et qui laissent à leur suite une perte de substance, une cicatrice plus ou moins épaisse et calleuse (éruptions circonscrites ou de la période tertiaire).

5° Enfin, la connaissance de cette évolution sert à fixer le moment de la guérison de la syphilis qui, semblable en cela à toutes les maladies à type défini, peut s'arrêter complétement à la fin de l'une de ses phases naturelles. »

M. Gosselin demande à M. Lancereaux s'il n'a pas observé des cas de développement de gommes, non plus simplement à la surface des os, sous le périoste, mais dans l'intérieur du tissu osseux lui-même.

M. Lancereaux répond qu'il n'a pas recueilli d'observation de ce genre, mais il lui semble rationnel d'admettre, *à priori*, que la moelle osseuse peut être le point de départ de gommes, à cause de l'analogie de ce tissu avec le tissu lymphatique.

M. Villemin fait remarquer qu'il est d'autant plus rationnel d'admettre le point de départ des gommes dans les vacuoles de la moelle osseuse, que ce tissu est parfois le point de départ de tubercules dans la tuberculose.

— La séance est levée à cinq heures.

Addition à la séance de l'Académie de médecine du 16 octobre 1877.

M. le docteur Lunier, candidat pour la section d'hygiène, lit un travail intitulé : *De l'influence des boissons alcooliques sur la santé physique et intellectuelle des populations,* et met sous les yeux de l'Académie une série de tableaux et de cartes teintées de l'examen desquels ressortent notamment les faits suivants :

Les boissons alcooliques que l'on consomme en France sont : le vin, le cidre, la bière, les eaux-de-vie et liqueurs.

Le vin est notre véritable boisson nationale; nous en consommons en moyenne, depuis dix ans, 50 millions d'hectolitres par an, soit environ 120 litres par habitant.

La consommation a suivi la production dans ses oscillations; mais, dans l'ensemble, elle a augmenté progressivement depuis cinquante ans; elle était de 55 à 60 litres, de 1829 à 1833; elle est aujourd'hui de plus du double.

Le vin n'est réellement une boisson courante que dans 72 départements; encore, dans 15 de ces derniers, la consommation n'atteint-elle que 38 à 80 litres; dans les 57 autres, on en consomme de 88 à 360.

La consommation du cidre tend à diminuer; depuis vingt ans, elle est descendue de 24 à 20 litres, ce qui n'est que médiocrement à regretter, en raison de la mauvaise qualité des cidres. On boit aujourd'hui de l'eau-de-vie pour faire digérer le cidre, et, plus on consomme de l'un, plus on absorbe de l'autre. Il n'y a guère que 9 départements dans lesquels le cidre

constitue la boisson courante, et où la consommation dépasse 75 litres par tête. Ils occupent notre frontière nord-ouest.

La consommation de la bière a augmenté progressivement, et sans temps d'arrêt, depuis cinquante ans; elle n'était que de 8 litres 45 en 1829; elle est aujourd'hui de 22 litres environ. La bière n'est une boisson usuelle que dans 4 départements qui sont groupés sur la frontière belge, et qui consomment de 75 à 220 litres par tête. On se plaint déjà, sur quelques points, de la mauvaise qualité des petites bières, et il est à craindre que bientôt il en soit de la bière comme du cidre, et que l'on boive du genièvre pour la digérer.

La consommation de l'alcool a augmenté progressivement depuis quarante ans; elle était de 2 litres par tête en 1839; elle est aujourd'hui de près de 3 litres.

Les départements qui consomment le plus d'alcool sont ceux qui ne récoltent pas de vin; le contraste, sous ce rapport, est des plus frappants; on en consomme même fort peu dans ceux qui ne produisent que des eaux-de-vie. Les données statistiques confirment l'opinion émise par M. Bergeron en 1870, dans son rapport sur le vinage, à savoir : l'action nocive des alcools d'industrie est notablement plus intense que celle des eaux-de-vie de vin; il ressort, en effet, des documents recueillis par M. Lunier :

1° En ce qui concerne les cas de mort accidentelle déterminés par excès de boisson, que c'est dans les départements qui consomment le plus d'alcool que les excès de boisson déterminent le plus de morts accidentelles. On n'en observe que rarement dans ceux qui consomment le plus de vin.

2° Que l'examen des résultats de l'application de la loi sur l'ivresse, de 1874 à 1876, conduit aux mêmes conclusions : les cas d'ivresse poursuivis sont 5 fois plus nombreux dans les départements qui consomment surtout de l'alcool, que dans ceux qui consomment du vin.

3° Il en est de même des cas de folie de cause alcoolique; le nombre en est presque partout en raison directe de la consommation des alcools, et particulièrement des alcools d'industrie; il n'y a guère d'exception que pour la Vendée et la Charente-Inférieure, qui ne consomment que des vins blancs qui sont presque aussi dangereux sous ce rapport que les eaux-de-vie.

(Ce travail est renvoyé à la section d'hygiène.)

JOURNAL DES JOURNAUX

Péritonite tuberculeuse chronique terminée par guérison ou plutôt devenue stationnaire, par M. Bernheim. — Cette observation est analogue à celle rapportée par Grisolle dans son *Traité de pathologie.* Il s'agit d'un garçon de 13 ans qui présentait tous les symptômes d'une péritonite chronique avec ceux de la tuberculose pulmonaire au premier degré. Les accidents du côté de la poitrine et surtout du péritoine diminuent considérablement, et l'enfant travaille depuis plusieurs mois, sans ressentir aucune douleur dans l'abdomen. (*Mém. de la Soc. méd. de Nancy,* p. 30, 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

Solution pour le pansement des plaies.

Acide salicylique.	1 gramme.
Glycérine pure.	20 à 30 grammes.
Eau chaude.	300 à 500 grammes.

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie, à l'hôpital de Brême, pour le pansement des plaies. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 25 Octobre 1653.

Théophraste Renaudot meurt, à Paris, à l'âge de 69 ans. C'est peut-être le médecin de Montpellier qui a fait le plus parler de lui en son temps. Sous le nom de *Gazetier,* c'est à peine s'il a senti les flèches que lui a décochées Guy Patin. Le journalisme lui doit un beau cierge, car c'est lui qui a fondé ces feuilles volantes qu'il rédigeait dans son fameux *Bureau d'adresses.* — A. Ch.

COURRIER

Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris sont convoqués pour aujourd'hui, jeudi, en Assemblée générale.

— Des bruits inquiétants se sont répandus sur la santé de notre célèbre et aimé confrère M. Barth. Nous sommes heureux de pouvoir rassurer ses nombreux amis. Il est vrai qu'il est arrivé de Rome dans un état assez grave ; mais un mieux très-sensible s'est produit, et ses amis, MM. H. Roger et N. Gueneau de Mussy, qui lui donnent leurs soins, ne manifestent aucune crainte sur l'issue de la maladie.

— Par décret du ministre de l'agriculture, en date du 21 septembre, M. George (Hector), docteur en médecine et docteur ès sciences, a été nommé répétiteur de zootechnie à l'Institut national agronomique.

— Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Paris vient d'être autorisé à accepter le legs de 100,000 fr. qui lui avait été fait par M. le docteur Demarquay, à l'effet d'aider l'Académie à se créer une habitation digne d'elle.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 18 octobre 1877, la chaire de zoologie et de botanique de la Faculté des sciences de Besançon est déclarée vacante.

Nécrologie. — Nous apprenons une douloureuse nouvelle. Un des jeunes médecins les plus distingués de la marine française, M. Albert Morice, vient de mourir, à Toulon, des suites d'une pneumonie contractée en Cochinchine.

Ancien élève de l'École de Lyon, il entra dans la marine en 1871, avec le désir de satisfaire ses goûts pour les recherches d'histoire naturelle. Envoyé en Cochinchine, il y recueillit des matériaux de tous genres, en fit, à son retour, de nombreuses communications aux Sociétés d'anthropologie, de biologie, de géographie, etc. Sa thèse sur la *dengue* fut un travail remarqué. Les collections d'histoire naturelle, dont il a enrichi le Muséum de Paris et celui de Lyon, témoignent de son amour pour la science et attestent toute l'étendue de la perte qu'elle vient de faire.

Le docteur Morice n'avait que 29 ans.

Une victime de la science. — Encore une victime de la science ! On annonce la mort de M. Achille Cazin, professeur de physique au lycée Fontanes, qui vient de succomber aux suites d'une maladie de cœur contractée à l'île Saint-Paul, où il avait reçu mission d'aller, avec l'expédition scientifique du capitaine de vaisseau Mouchez, observer, en 1874, le passage de Vénus sur le soleil.

L'agitation antivivisectionniste. — Il s'est tenu à Genève, le mois dernier, un Congrès international d'une nature toute particulière, qu'on désigne dans l'usage par un nom trop coloré pour être reproduit ici. Il a pour objet la prostitution et cherche surtout les moyens de la supprimer. Ce Congrès, provoqué par les piétistes anglais, comprenait notamment un grand nombre de pasteurs protestants de tous les pays et aussi beaucoup de femmes âgées.

Les murs de la salle où se tenait ce Congrès avaient été ornés de tableaux en rapport avec les préoccupations des assistants et la plupart d'origine anglaise. On y remarquait surtout une peinture représentant les horreurs de la vivisection. Plusieurs physiologistes échevelés se précipitaient, un grand coutel à la main, sur un pauvre diable de chien qui hurlait bien entendu à plein gosier. Une bande d'élèves, pourvus pour la circonstance de figures de galériens, semblaient prendre plaisir à ce spectacle.

Il est probable que les auteurs de ce curieux tableau avaient l'intention de représenter un cours de physiologie dans une Faculté de médecine mal pensante. (*Revue scientifique.*)

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 18 octobre 1877, on a constaté 900 décès, savoir :

Variole, 1 décès ; — rougeole, 6 ; — scarlatine, 1 ; — fièvre typhoïde, 37 ; — érysipèle, 7 ; — bronchite aiguë, 36 ; — pneumonie, 65 ; — dysenterie, 2 ; — diarrhée cholériforme des enfants, 5 ; — choléra infantile, 0 ; — choléra, 0 ; — angine couenneuse, 16 ; — croup, 14 ; — affections puerpérales, 6 ; — affections aiguës, 264 ; — affections chroniques, 366 (dont 178 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 48 ; — causes accidentelles, 26.

A Londres, du 7 au 13 octobre 1877, on a compté 1,321 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

XI

Autre point. Dès le début de cet exposé, je vous disais, Messieurs, que dans les questions dont l'examen allait se présenter à nous, le médecin, indépendamment de ses attributions purement médicales, avait deux devoirs à remplir.

De ces deux devoirs, l'un, relatif à la nourrice, vous est connu par ce qui précède. Le second, concernant la société, nous reste à mettre en lumière. Il va nous occuper actuellement.

Ce devoir, d'un ordre spécial, consiste en ceci : *sauvegarder la société,* dans les conditions et les limites où cela nous est possible, des dangers qui peuvent rejaillir sur elle par le fait de la syphilis des nourrissons et des nourrices.

Et, tout d'abord, les dangers auxquels je fais allusion sont-ils donc si importants, si fréquents, que nous devions les séparer des questions de prophylaxie générale et leur ouvrir ici un chapitre particulier?

Certes, oui. Car, sans exagération, on peut dire que la syphilis des nourrissons et des nourrices est une *source de contaminations aussi fréquentes que lamentables.*

C'est qu'en effet on ne se défend pas, on ne se prémunit pas contre cette source de contagion comme on se défend, comme on se prémunit contre les contagions d'autre genre, la contagion vénérienne par exemple. On ne suspecte pas un nourrisson ou une nourrice comme on suspecte une fille, une prostituée. On ne se tient pas en garde contre une nourrice, moins encore contre un enfant. Conséquemment, la contagion qui peut provenir d'un enfant ou d'une nourrice ne s'exerce qu'avec une facilité d'autant plus grande. Et comment s'exerce-t-elle? Dans les conditions les plus déplorables, frappant des *innocents* par excellence, contaminant de vérole ceux qui ont le moins mérité la vérole, contaminant des enfants nouveau-nés, des femmes dans l'exercice de la fonction la plus sainte, contaminant ceux qui

(1) Suite. — Voir les numéros des 5, 19, 31 mai, 26 juin, 7, 30 août, 4, 22 septembre, 6 et 16 octobre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Une brillante session d'hiver se prépare pour notre Académie de médecine, toutefois si les événements politiques le permettent, quoiqu'il soit vrai de dire, à l'honneur de cette Compagnie, que les plus émouvantes agitations extérieures n'ont jamais paralysé ni même entravé son fonctionnement. Je me souviens très-bien que le 24 février 1848, un mardi, jour d'Académie, quoiqu'il fallût franchir pas mal de barricades et braver des fusillades pour arriver rue des Saints-Pères, néanmoins la réunion fut suffisamment nombreuse et l'ordre du jour fut parfaitement rempli. Comme si j'y étais je me rappelle encore le 2 décembre, un mardi également, et pareillement jour d'Académie; il ne faisait pas bon traverser les boulevards et les ponts, et cependant l'Académie tint séance, et malgré les préoccupations du jour, j'ai assisté à des séances plus maigres. Et pendant l'hiver terrible de 1870-1871, sous les lamentables impressions du siége, et durant les affreuses semaines de la Commune, l'Académie ne manqua pas un seul mardi d'ouvrir ses portes, et le zèle des académiciens suffit pour fournir des séances assez intéressantes et nourries. Hélas! nous venions là pour nous distraire des tristesses du temps. Quelle diversion, quelles consolations donne la science!

Espérons donc que, quels que soient les événements que nous soyons condamnés à subir, les prévisions académiques ne seront pas déçues et que les programmes seront exécutés. Voyez donc que de discussions importantes non encore terminées ou non entamées! L'étiologie de la fièvre typhoïde qui, entre autres interventions, suscitera certainement une réponse de

approchent ces enfants ou ces femmes. C'est là par excellence, je le répète, la syphilis des innocents, *syphilis insontium*, comme disaient nos pères.

Les cas dans lesquels s'est produit ce mode de contagion abondent et surabondent. Ils pullulent véritablement dans la science. Parcourez les monographies spéciales, feuilletez les journaux de médecine ou de droit, et vous trouverez quantité d'observations telles que les suivantes :

Tantôt, c'est un nourrisson syphilitique qui contagionne plusieurs nourrices qu'on lui donne successivement ;

Tantôt, c'est une nourrice qui, quittant un nourrisson syphilitique et contagionnée par lui, transmet à son tour l'infection à un second nourrisson, à un troisième, etc.

Puis viennent les cas où la contagion ainsi reçue se dissémine par une série de *ricochets*. C'est, par exemple, une nourrice contaminée qui contagionne son enfant, lequel à son tour transmet la maladie à une autre nourrice ; — c'est le mari d'une nourrice contaminée par un nourrisson étranger qui prend la syphilis de sa femme ; — c'est une nourrice qui, ayant par obligeance donné le sein à un enfant allaité par une de ses compagnes, reçoit la syphilis de cet enfant et la transmet à son nourrisson ; etc., etc., etc...

Je soigne en ce moment toute une très-honorable famille dont voici la triste histoire en deux mots. Une nourrice infectée de syphilis arrive dans un jeune ménage. Bien entendu, elle contagionne aussitôt l'enfant qui lui est confié. Cet enfant, dont la maladie est méconnue tout d'abord, contagionne à son tour : 1° sa mère ; — 2° sa grand'mère ; — 3° et 4° deux bonnes de la maison, filles absolument irréprochables, *vierges ;* — 5° la jeune mère enfin, quelques mois plus tard, contagionne son mari.

Il n'est pas rare que le nombre de ces contaminations *par ricochets* (comme on les appelle vulgairement) soit plus ou moins considérable. Le cas que je viens de vous citer en est un exemple. Telles sont, à un plus haut et encore plus regrettable degré, les deux observations suivantes :

I. Un enfant âgé de quelques jours est reçu dans une crèche. Sain d'apparence, il est confié à une nourrice qu'il infecte bientôt. — Cette nourrice, qui allaitait en même temps un autre nourrisson, contagionne cet enfant, qui ne tarde pas à mourir. — Elle prend alors un troisième nourrisson, lequel contracte la syphilis à son tour et meurt. — Une autre nourrice, amie de la précédente, ayant par obli-

---

M. Pasteur au discours de M. Chauffard, dont on n'a pas perdu la mémoire. Sur la même question, les réponses qui seront probablement faites aux communications et aux expériences de M. Jules Guérin. Et M. Jaccoud restera-t-il sous le coup de l'argumentation de M. Gueneau de Mussy ?

La question de l'épilepsie, sur laquelle M. le professeur Lasègue a émis des opinions qui ont si vivement étonné l'Académie, n'a pas encore été entamée. Notre éminent confrère, M. Baillarger, se prépare, dit-on, à entrer en lutte avec M. Lasègue. Quel intéressant duel psychiatrique !

Une autre question, qui est encore loin d'être épuisée, est celle de l'acide salicylique et du salicylate de soude. Tous les jours, en ville ou dans les hôpitaux, des faits nouveaux se produisent qui serviront indubitablement d'aliments à la reprise de la discussion.

Et puis l'imprévu, qui joue un si grand rôle dans toutes les choses de ce monde, ne faut-il pas un peu compter sur lui, même dans les Sociétés savantes ? Il est vrai que discussions et communications seront souvent interrompues par les nombreuses élections auxquelles l'Académie doit procéder. Si je compte bien, j'en vois six plus ou moins imminentes : deux dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale ; une en pathologie médicale ; une en pathologie chirurgicale ; une en pharmacie ; une d'associé libre, et j'en oublie peut-être. Si chacune de ces candidatures présente six candidats ($6 \times 6 = 36$), voilà trente-six confrères atteints de fièvre académique, sorte de pyrexie qui n'a pas la gravité de la typhoïde, mais qui ne laisse pas de produire des altérations plus ou moins profondes. Différente de la grande pyrexie occidentale, la fièvre académique est sujette à récidive. On cite des sujets qui en ont été atteints cinq, six, huit fois et plus dans le cours de leur existence. Sa gravité consiste donc dans la fréquence de sa répétition. Son symptôme le plus généralement observé est

geance donné trois ou quatre fois le sein à ce dernier enfant, reçoit de lui la syphilis. — Cette même nourrice, alors, infecte son nourrisson.

Comptez bien, Messieurs. Cela fait 5 contagions de syphilis, et 2 morts.

II. Autre exemple, cité par le docteur Dron (de Lyon). Un enfant syphilitique infecte sa nourrice. — Celle-ci, pour se dégorger les seins, donne à téter à trois nourrissons, lesquels *tous* prennent la syphilis. — Chacun de ces trois enfants infecte sa mère. — Chacune de ces trois mères infecte son mari.

Total : 10 contaminations syphilitiques résultant par ricochet de la syphilis d'un nourrisson. — Et les choses s'en sont-elles tenues là?

Parfois même (ceci n'est plus qu'exceptionnel, il est vrai) de semblables cascades de contagion ont fait un nombre de victimes plus considérable encore. C'est ainsi qu'on a pu voir un nourrisson syphilitique importer dans un petit pays 16, 18, 23 syphilis, et devenir ainsi l'origine d'une sorte de petite épidémie locale.

Par ces exemples et d'autres que j'y pourrais joindre, jugez donc, Messieurs, s'il y a intérêt pour la société à se tenir en garde contre la possibilité de telles contagions, et s'il incombe au médecin le *devoir* de veiller à ce qu'elles n'aient pas l'occasion de se produire.

Aussi, soit dit en passant, — et l'importance de cette digression lui servira d'excuse — ne saurait-on blâmer assez la légèreté avec laquelle les gens du monde confient souvent leurs enfants à la première nourrice qui leur tombe sous la main, sans songer à s'enquérir de la santé de cette nourrice, de ses antécédents, de l'état du nourrisson qu'elle vient de quitter. Je tremble pour ma part quand j'entends (ce qu'on entend journellement) des parents me dire : « Notre enfant vient de partir en nourrice; on nous avait parlé d'une nourrice à tel endroit; nous lui avons écrit, et elle est venue prendre l'enfant ». — Du moins, répliqué-je, avez-vous fait examiner cette nourrice par un médecin? — Non. Elle passe, assure-t-on, pour une brave femme. D'ailleurs, elle avait *bonne apparence;* elle nous a plu, et nous lui avons donné l'enfant. — Comme si des renseignements en l'air et une « bonne apparence » étaient des garanties suffisantes en pareil cas, et notamment des garanties contre la vérole! Ah, lorsque la vérole vient à s'abattre, par le fait d'une nourrice, sur des familles aussi insouciantes, déplorons le sort des petits êtres qui en sont les victimes, mais refusons à ces familles le droit de se plaindre d'un malheur que leur négligence, leur incurie, a si bien préparé.

---

le phénomène psychique de l'illusion. Chaque candidat croit qu'il sera élu ou compte sur un nombre de voix infiniment plus considérable que celui qu'il obtient. La terminaison est généralement heureuse, la convalescence courte, et les sujets sont remarquables par la tendance qu'ils éprouvent à l'occasion de contracter la même maladie.

Vous avez pu lire la note suivante dans le *Journal officiel* d'hier :

« Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, sur le rapport de M. le directeur des beaux-arts, vient de décider qu'un certain nombre de portraits ou bustes de célébrités contemporaines seraient placés dans les galeries du musée de Versailles. Cette décision est conforme à l'esprit qui a présidé à la création de notre grand Musée historique national, où des places devaient être réservées non-seulement aux illustrations militaires, mais encore aux illustrations civiles de toute espèce, hommes d'État, savants, écrivains, artistes, inventeurs, etc., que la France, sans ingratitude, ne saurait tenir à l'écart de cette réunion glorieuse.

« Les portraits et bustes qui ont été, dès aujourd'hui, désignés pour être placés à Versailles, sont ceux de :

« Chateaubriand, de Villèle, de Serre, de Martignac, Royer-Collard, Ampère, Guizot, Molé, Thiers, Berryer, de Lamartine, Dupin, de Montalembert, Lacordaire, Cousin, Mgr Sibour, Mgr Darboy, président Bonjean, Sainte-Beuve, Alexandre Dumas, Alfred de Musset, H. de Balzac, Ingres, Delacroix, Horace Vernet, Delaroche, Decamps, Flandrin, David (d'Angers), Théodore Rousseau, Le Verrier, Scribe, Auber, Rossini, Halévy, Félicien David. »

Certes, ni vous ni moi ne voudrions enlever un nom de cette liste de nos illustrations fran-

Puisque la syphilis des nourrices et des nourrissons comporte de tels dangers, c'est, je le répète, un devoir pour le médecin de s'attacher à prévenir les contagions de ce genre. Ce devoir *social*, comment le remplira-t-il?

Sans entrer ici — ce qui nous entraînerait loin de notre sujet — dans l'exposé des mesures de prophylaxie générale, voyons ce que le médecin peut et doit faire, alors qu'il se trouve dans telle ou telle des situations que nous avons étudiées jusqu'ici.

I. En ce qui concerne le nourrisson, d'abord, la conduite à tenir est bien claire. Il faut que le médecin s'oppose, s'oppose de toutes ses forces, à ce qu'un nourrisson syphilitique reçoive jamais, soit actuellement, soit dans l'avenir, le sein d'une nourrice saine. Nous avons longuement insisté sur ce point dans ce qui précède; inutile d'y revenir. Rappelez-vous seulement les prohibitions sévères, absolues, que nous avons formulées à ce propos.

Fort bien, direz-vous; la mesure est radicale et sera efficace assurément. Mais n'y aurait-il pas quelque chose de mieux encore à faire? A savoir : de prévenir la possibilité même qu'un enfant syphilitique fût jamais confié à une nourrice saine. — Sans doute, vous répondrai-je. Mais avons-nous ladite possibilité? Un mari syphilitique nous consulte-t-il toujours pour savoir s'il pourra ou non faire allaiter par une nourrice son enfant à naître? Nous confie-t-il toujours, pendant la grossesse de sa femme, les antécédents spéciaux qui pourraient donner quelque alarme sur la santé du fœtus? Bien loin de là. Car, sachez-le, la plupart de nos clients sont ainsi faits qu'à peine mariés ils oublient leur passé de garçons. Ce passé n'existe plus pour eux; il est bel et bien périmé. Le médecin qui les a soignés de leur syphilis, n'allez pas croire qu'imprudemment ils lui ouvrent le foyer conjugal. Et quant au « médecin de famille », à celui qui doit posséder la confiance de Madame, ils se garderaient bien, hommes sérieux, de l'initier aux mystères d'autrefois. Donc, pour une raison ou pour une autre, nous ne sommes, *tous*, que très-exceptionnellement appelés à donner un avis préalable sur le mode d'allaitement qui serait le mieux approprié à la situation. Presque invariablement, nous n'intervenons qu'après coup, alors que l'enfant est né et confié depuis un certain temps à une nourrice, souvent même alors que cette nourrice a déjà reçu l'infection.

Ce qui n'empêche, bien entendu, que, dans les cas rares où se présente la possibilité d'intervenir à temps, nous n'ayons l'obligation d'employer tous nos efforts à

çaises contemporaines; au besoin, nous en ajouterions encore, et par exemple ceux de George Sand, de P.-L. Courier; mais n'est-ce pas avec tristesse que vous n'y avez pas trouvé un seul nom de notre science médicale! Quoi! pas même le nom de Laënnec, l'immortel auteur de la découverte de l'auscultation?.... Dans la pénultième séance du Congrès médical de 1845, dans le beau discours qu'il prononça devant cette assemblée, M. de Salvandy promit que l'image de Bichat serait placée au Musée de Versailles. Cette promesse a-t-elle été tenue? Je l'ignore. Mais on peut dire que le ministre actuel de l'instruction publique a perdu une belle occasion d'être juste et reconnaissant envers la science médicale.

La Presse médicale parisienne, à peu près unanimement, a exprimé le même étonnement que moi-même, à l'occasion des arrêtés ministériels nommant les chargés des cours complémentaires. La coupure singulière des cours sur la syphilis a surtout excité la verve de nos confrères. Le rédacteur de la *Tribune médicale* s'écrie spirituellement : « Heureux syphilitiques, qu'on les plaigne donc après cela! Ils ont la tête et la peau à Saint-Louis, la.... partie inférieure de leur corps au Midi, le tronc partout..... Heureux syphilitiques, non moins heureux vénériens! »

Quant à la position faite à M. Ball, nommé professeur titulaire des maladies mentales, nerveuses et de l'encéphale, il me semble que la Presse a montré plus de tendance à regretter ce qui se passe qu'à en rire. Ceux qui ont créé cette chaire, et ceux qui ont désigné M. Ball pour la remplir, auraient dû s'enquérir d'avance des conditions et des difficultés qui allaient se présenter. Exposer un homme de mérite et de valeur comme M. Ball aux désagréments qu'il éprouve, est chose fâcheuse et qui pouvait être évitée. Un journal a publié à ce sujet une note à laquelle M. Ball a cru devoir répondre. M. Ball nous a communiqué cette réponse, en nous priant de l'insérer dans l'UNION MÉDICALE. Nous n'avons pas cru devoir obtempérer au désir

prévenir l'allaitement par une nourrice saine d'un enfant destiné ou exposé à naître avec la vérole.

Que faire dans cette intention?

Ceci : exposer catégoriquement au père la situation, avec les dangers divers qu'elle comporte; lui dire que son enfant court des risques d'hérédité syphilitique; — que, s'il naît syphilitique, il y a toute probabilité pour que la mère n'échappe pas à l'infection; — que, dans ces conditions, et pour toutes raisons que vous aurez à exposer, l'enfant ne saurait être confié à une nourrice; — que, conséquemment, l'obligation s'impose à la mère d'allaiter son enfant.

A fortiori, serez-vous plus autorisé encore à tenir un tel langage, si déjà la mère, pendant la grossesse, présente des signes non douteux de syphilis.

« Donc, continuerez-vous, faites en sorte, Monsieur, que *votre femme nourrisse.* Cela est indispensable, de par les conditions où vous vous trouvez placé. Si Madame a dessein de nourrir, n'allez pas l'en détourner. Et si elle n'y est pas disposée, agissez énergiquement sur elle, par tous les moyens que vous pourrez imaginer, pour modifier sa résolution. A tous égards, je vous le répète, c'est elle qui doit servir de nourrice à votre enfant. »

Et cela, Messieurs, vous avez non-seulement le droit, mais le devoir de le dire. Car, prenons toutes les hypothèses qu'il vous plaira, et vous verrez que ce plan de conduite répond à toutes. Exemple :

1° Si l'enfant, en effet, naît sain, non syphilitique, sa mère évidemment n'a rien à craindre de lui.

2° Si l'enfant naît syphilitique, la mère, dans la très-grande généralité des cas, est déjà infectée avant l'accouchement; en conséquence, elle n'a plus rien à redouter.

3° Que si, par exception rare, la mère d'un enfant syphilitique a échappé ou paraît avoir échappé à l'infection, rappelez-vous la loi de Colles, dont je vous ai parlé longuement dans une de nos précédentes conférences. D'après ce syphiliographe, *jamais on n'aurait vu une mère prendre par allaitement la syphilis de son enfant.* Cette proposition paraît confirmée par un assentiment presque unanime, et je déclare, pour ma part, n'avoir rencontré jusqu'à ce jour aucun fait qui la contredise.

Y aurait-il d'ailleurs quelque danger à courir, quelle est la mère digne de ce nom qui n'accepterait ce danger pour elle, qui ne s'y offrirait d'elle-même, si le salut de

---

de M. Ball. Nous avons assez à faire de nous justifier de nos propres péchés, pour ne pas nous mêler des fautes des autres, s'il y a faute.

Mais, ainsi qu'on pouvait le prévoir, c'est surtout à la Faculté que les arrêtés sus-indiqués ont produit une vive agitation. La Faculté, comme nous l'avions annoncé, s'est réunie hier, jeudi, en assemblée générale. La lecture des arrêtés y a suscité une discussion des plus animées, et dont la conclusion a été la nomination d'une commission chargée de protester contre ces arrêtés, de poursuivre par tous les moyens possibles leur annulation, jusqu'au recours au Conseil d'État, s'il est besoin.

Cette délibération a été prise à l'unanimité des voix des membres présents, moins une.

Il était facile de prévoir que ce petit coup d'État scolaire devait produire ce résultat. Il était plus facile encore de l'éviter. Quoi ! la Faculté qui, depuis l'abolition regrettable du concours, a été consultée pour la nomination des professeurs, même pour les professeurs de chaires nouvelles, se voit tout à coup frustrée de ce privilége pour la présentation aux chaires complémentaires, et l'on a pu croire que la Faculté subirait, sans murmure, cette sorte d'humiliation? Quoique l'Université se ressente toujours du régime autoritaire sous lequel elle a été instituée, quoiqu'elle subisse le joug plus autoritaire encore des décrets organiques de 1852, il est des conditions qu'une grande institution comme la Faculté de médecine de Paris ne peut supporter sans impatience et sans protestation. Et cependant, n'est-elle pas un peu coupable? Pourquoi, en toute circonstance, n'a-t-elle pas revendiqué le concours avec énergie et persévérance? Pourquoi n'a-t-elle pas dès le principe et toujours protesté contre cette formule césarienne : L'empereur nomme et révoque? La main sur la conscience, que la Faculté se demande si elle n'a rien à se reprocher, et elle reconnaîtra peut-être qu'elle a mérité aussi qu'on lui fasse cette fatale réponse : « Il est trop tard ! »

Dr SIMPLICE.

son enfant est à ce prix? Le risque que nous ne saurions imposer à une nourrice, une mère le réclame pour elle; en conséquence, la situation se trouve tranchée de fait.

Néanmoins, n'espérez pas, Messieurs, que votre conseil de confier l'allaitement à la mère sera toujours accepté sans opposition. Sans parler de raisons qui n'en sont pas, de raisons basées sur de prétendues convenances, sur des exigences mondaines ou autres, etc., on vous objectera souvent que la mère est « bien faible pour nourrir », qu'elle ne saurait supporter l'allaitement sans danger pour elle-même, etc. Insistez, car il est bien rare qu'une femme ne puisse, au moins pour quelques mois, allaiter un enfant. Insistez, et dites ceci : Soit, Madame ne nourrira pas tout le temps qu'un enfant doit en général être nourri. Mais elle fera *le possible*, et c'est là seulement ce que nous lui demandons. Qu'elle donne au moins le sein *pendant les premiers mois;* cela nous permettra d'attendre, et nous aviserons au delà. En tout cas, il y a toute utilité à ce que Madame nourrisse pendant quelques mois. »

Et pourquoi cela, Messieurs? Pourquoi solliciter tout au moins ces quelques mois d'allaitement maternel? C'est que la syphilis infantile, quand elle doit se révéler, se révèle, sinon absolument toujours, du moins presque toujours dans les deux ou trois premiers mois. Sur 158 cas, M. Diday l'a vue faire éclosion 146 fois dans ce délai. De tels chiffres parlent assez d'eux-mêmes pour n'avoir besoin d'aucun commentaire.

Donc, ces quelques mois d'allaitement maternel peuvent nous servir ici et de *critérium sur la santé de l'enfant* et de *guide pour la conduite à tenir ultérieurement.*

Et, en effet : 1° Si, dans ce laps de temps, la syphilis s'est révélée sur l'enfant, tout est dit. L'enfant doit subir le sort commun de tous les enfants syphilitiques. Dans aucun cas, il ne peut être confié à une nourrice, et c'est là l'essentiel à connaître au point de vue qui nous occupe actuellement, au point de vue de la sauvegarde générale.

Dans cette première alternative, ou bien l'allaitement maternel devra être prolongé, si la mère est syphilitique et si ses forces lui permettent encore de donner le sein (le biberon d'ailleurs pourra venir à son aide et la soulager dans une bonne mesure); — ou bien si, par extraordinaire, rien de syphilitique ne s'est produit sur la mère, on pourra, par prudence et en dépit de la loi de Colles, recourir à tel ou tel de ces procédés spéciaux d'allaitement que nous avons étudiés dans l'une de nos réunions précédentes.

2° Que si au contraire, après trois mois, ou mieux encore après quatre mois d'observation, rien de suspect ne s'est produit ni sur l'enfant, ni sur la mère, il y a alors de très-fortes présomptions (je dis présomptions, rien de plus) pour que l'enfant ait échappé à l'influence héréditaire, pour qu'il ne soit pas syphilitique. Et nous voici dès lors bien plus libres d'allure. D'une part, en effet, l'allaitement maternel peut être continué, avec ou sans l'assistance du biberon; et, d'autre part, une nourrice peut être permise, non toutefois sans soumettre encore le nourrisson à une surveillance assidue, de façon à écarter toute chance de contagion.

Si de telles précautions étaient ou pouvaient toujours être prises à l'égard des nourrissons infectés ou seulement suspects de syphilis, le nombre des contagions dérivant de cette source diminuerait à coup sûr dans une proportion considérable.

C'est une mesure de cet ordre qui a été adoptée, ces dernières années, par l'Administration des hôpitaux civils, après force démêlés, tracas, procès, survenus à l'occasion de nourrices contaminées par des enfants-assistés. Je m'explique. Vous savez que, lorsqu'une femme-mère, entrée dans nos salles avec un enfant au sein, est forcée par le fait de sa maladie de suspendre l'allaitement, nous avons la ressource de réclamer une nourrice, laquelle est fournie gratuitement par l'Assistance publique. Or, plusieurs fois, en semblables circonstances, il est arrivé que des nourrices ont été infectées de syphilis par les enfants qui leur avaient été con-

fiés, et ont actionné l'Administration en dommages-intérêts, comme responsable du préjudice qu'elles avaient subi. Si bien qu'aujourd'hui l'Assistance publique, pour se protéger, elle et ses nourrices, ne satisfait plus à de telles demandes que sur un double certificat médical, attestant qu'il n'a été découvert ni sur la mère, ni sur l'enfant, spécialement examinés l'une et l'autre à cette intention, aucun symptôme actuel, aucun témoignage antérieur de syphilis.

Des mesures semblables sont en vigueur depuis de longues années au Bureau des nourrices de la ville de Paris. Là, aucune femme n'est admise comme nourrice sans avoir été, en province d'abord, puis à Paris ensuite, soumise à un examen médical. Et, de même, aucun enfant n'est accepté comme nourrisson qu'après avoir été examiné *nu* par un médecin, et certifié par lui indemne de syphilis comme de toute autre maladie contagieuse.

Excellents statuts prophylactiques, auxquels nous ne pouvons qu'applaudir dans l'intérêt commun.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

CHIRURGIE

SUR UN MOYEN DE FACILITER L'ÉVACUATION DES GRAVIERS ET DE PRÉVENIR LA RÉCIDIVE DE LA PIERRE CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE GRAVELLE URIQUE HABITUELLE;

Note lue à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 26 août 1877,

Par le docteur A. Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

La gravelle urique, qu'elle soit héréditaire ou acquise, varie dans son degré d'intensité. Ainsi, chez certaines personnes, le sable n'apparaît qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, et en faible quantité, à la suite principalement d'excès de régime, tandis que, chez d'autres, sa production devient à peu près continue et beaucoup plus abondante.

Il est évident que ces dernières sont tout particulièrement exposées à avoir la pierre.

Que le sable vienne un beau jour à disparaître de leurs urines, elles seront disposées à s'en réjouir et à se considérer comme débarrassées d'un inconvénient qui n'était pas sans leur causer quelque souci; bien souvent leur quiétude ne sera pas justifiée par l'événement.

Il se peut qu'après un temps plus ou moins long, elles voient survenir des symptômes d'irritation vésicale, des hématuries répétées, etc., phénomènes qui seront plus prononcés après une course dans une voiture mal suspendue, après un exercice corporel violent et qui dénoteront la présence d'une pierre dans la vessie.

Je suppose que la pierre ait été reconnue et qu'on en ait débarrassé le malade, la série de faits que j'indiquais tout à l'heure pourra se reproduire : réapparition du sable rouge dans l'urine; cessation ou diminution marquée de son expulsion au dehors; puis, de nouveau, tous les symptômes d'une pierre vésicale pour laquelle une seconde opération sera nécessaire. Les choses pourront se répéter ainsi un certain nombre de fois.

Les moyens médicaux, au premier rang desquels je fais figurer les eaux diurétiques de Contrexéville, Vittel, Capvern, Évian, etc., sont loin d'être sans efficacité dans ces cas de gravelle invétérée; j'admets volontiers qu'ils diminuent la production de l'acide urique et qu'ils déterminent l'expulsion au dehors, en proportion plus notable, de celui qui avait pu se déposer, sous forme de sable ou de petits graviers, dans les tubuli, les calices, les bassinets, la vessie elle-même; toutefois, leur action m'a plutôt paru palliative que véritablement curative.

C'est qu'en effet, chez un grand nombre d'hommes, il arrive un moment où, par suite des progrès de l'âge, la miction ne s'effectue plus d'une manière complète; il reste dans la vessie une certaine quantité d'urine et, avec cette urine précisément,

les graviers qui, en vertu de leur poids, tendent à occuper les parties déclives de l'organe.

Ce résultat est dû, dans la plupart des cas, à une modification anatomique survenue du côté du col vésical, consistant dans un soulèvement valvulaire de sa lèvre inférieure, auquel participe, chez les vieillards, la portion sus-montonale de la prostate, et qui a été décrit avec tant de soin et d'insistance par notre honorable président M. Mercier.

Il y a, pensera-t-on, un moyen bien simple de remédier à l'inconvénient signalé, c'est d'engager les malades à se sonder avec une sonde de gomme, sinon tous les jours, du moins une ou deux fois la semaine; ils videront aussi leur vessie à fond, en même temps que le sable et les petits graviers, entraînés avec l'urine, sortiront par la sonde.

Assurément, cette recommandation est excellente; on obtient, de cette façon, l'évacuation de dépôts uriques qui ne seraient pas sortis d'eux-mêmes; toutefois, l'efficacité de la sonde est limitée.

Lorsque la cavité de la vessie est devenue irrégulière, qu'elle présente des dépressions, les graviers ne seront même pas délogés par les injections d'eau tiède qu'on pourra joindre à l'usage de la sonde. C'est alors qu'il convient de combiner l'aspiration avec le cathétérisme.

J'indiquerai, dans un instant, la manière de la mettre en pratique, mais je vais auparavant raconter succinctement l'histoire d'un malade qui s'en est servi avec succès, et chez lequel le cathétérisme employé seul avait été à peu près inefficace.

Malade, âgé actuellement de 80 ans et atteint de gravelle urique depuis quarante ans au moins; — à l'âge de 70 ans, débarrassé par la lithotritie d'une pierre volumineuse et dure d'acide urique; réapparition du sable dans l'urine; — à l'âge de 79 ans débarrassé, également par la lithotritie, d'un grand nombre de petits calculs d'acide urique; — nouvelle réapparition de la gravelle, sous forme de graviers arrondis assez gros; — évacuation d'un grand nombre de ces graviers par le cathétérisme quotidien combiné avec l'aspiration.

Ce monsieur, qui, malgré ses 80 ans, est encore très-vigoureux et remplit les fonctions de caissier principal dans une des maisons de commerce les plus considérables de Paris, a commencé à rendre du sable rouge vers l'âge de 38 ou 40 ans. Au début, le sable n'existait dans l'urine qu'à des intervalles plus ou moins éloignés.

A l'âge de 53 ans, il ressentit, pendant un certain temps, des douleurs de reins, suivies d'une attaque franche de colique néphrétique et de l'expulsion d'un gravier de la forme d'un grain de seigle, mais un peu plus gros.

Pendant un certain nombre d'années, à la suite de cette crise néphrétique, le sable fut rendu en quantité plus abondante qu'auparavant; puis son expulsion cessa presque entièrement, au point que le malade se crut débarrassé de sa gravelle; il n'éprouvait encore aucun phénomène d'irritation vésicale.

A l'âge de 65 ans, il commença à ressentir des besoins fréquents et impérieux d'uriner; il eut à différentes reprises des hématuries, surtout après qu'il s'était fatigué. Il voulait alors faire explorer sa vessie, mais son médecin ordinaire, qui nourrissait, paraît-il, des prétentions contre le cathétérisme, l'en dissuada et se contenta de lui prescrire des calmants.

Les choses durèrent ainsi pendant près de cinq ans, lorsqu'à la fin, le malade, vaincu par la douleur, ne pouvant presque plus marcher, se décida à venir trouver Phillips. Celui-ci constata l'existence d'un calcul volumineux. La pierre, formée d'acide urique, était extrêmement dure, et ne put être démolie qu'à l'aide du marteau. Il fallut ensuite un grand nombre de séances de lithotritie pour en débarrasser le malade.

L'opération, qui dans son ensemble dura trois mois, de mars à mai 1867, se passa d'ailleurs parfaitement bien et le malade recouvra la santé.

Les sables reparurent ensuite dans l'urine, mais à des intervalles éloignés et en petite quantité, de sorte qu'il négligea bientôt la précaution à laquelle il s'était d'abord astreint, d'après notre recommandation, de se sonder une fois tous les trois jours.

Au commencement de 1876, c'est-à-dire neuf ans plus tard, il éprouva de nouveau de l'agacement vésical, et, dans les mois qui suivirent, il urina du sang à deux ou trois reprises, soit après être allé en voiture, soit après avoir fait de longues courses à pied.

Il vint me trouver au milieu de mai. Trois semaines auparavant, il avait encore expulsé un petit gravier par l'urèthre.

Lorsque j'eus introduit ma sonde exploratrice dans la vessie, il s'échappa par le pavillon un grand nombre de graviers arrondis, dont les plus gros avaient le volume d'un grain de plomb n° 6.

L'exploration me révéla ensuite la présence d'autres calculs trop gros pour sortir par les voies naturelles; je constatai en même temps l'existence d'une valvule prostatique peu développée.

Après avoir fait subir à l'urèthre une préparation suffisante, je commençai l'opération le 8 juin; elle était terminée le 8 juillet, et dans cet intervalle j'avais procédé à 10 séances de lithotritie; les plus grosses pierres que j'avais saisies ne mesuraient pas plus de 1 centim. 1/2 de diamètre, la plupart étaient plus petites, toutes très-dures, et, comme à chaque séance je n'avais pas fait moins de six prises, cela supposait un nombre considérable de petits calculs. Les débris montraient d'ailleurs qu'il s'agissait de pierres très-petites.

Dans l'intervalle d'une séance à l'autre, le malade n'expulsa pour ainsi dire pas de fragments, ce qui s'explique par l'existence de la disposition anatomique du col que j'ai précédemment signalée, et ce qui rendit nécessaire un plus grand nombre de séances de lithotritie.

L'opération se passa, dans son ensemble, sans aucun incident qui mérite d'être rapporté, et lorsqu'elle fut terminée, le malade cessa d'éprouver aucune sensation anormale du côté de la vessie.

Au moment de prendre congé de mon opéré, j'eus soin de lui recommander de se sonder une fois chaque soir en se couchant, afin de vider entièrement la vessie et d'évacuer les sables qui auraient pu s'y déposer.

Je le soumis en même temps à l'usage de l'eau de Contrexéville prise pendant trois semaines, le matin à jeun, à la dose d'une bouteille, et plus tard aux repas avec le vin.

Le cathétérisme régulièrement pratiqué permit au malade de rendre un certain nombre de petits graviers arrondis, ce que voyant, et craignant non sans raison une nouvelle récidive de la pierre, il fit d'abord usage de sondes plus volumineuses et à larges ouvertures, mais l'urèthre ne tarda pas à s'en trouver fatigué. Ce fut alors que, vers le milieu de l'hiver dernier, il eut l'idée de joindre l'aspiration au cathétérisme et, pour cela, il se servit tout bonnement d'une petite seringue en verre à injections uréthrales qu'il avait sous la main.

Il vidait d'abord sa vessie avec la sonde, et lorsque l'urine avait cessé de couler, il adaptait sa petite seringue au pavillon de l'instrument et aspirait. Je dois ajouter que la sonde dont il se servait était une sonde à béquille de gomme n° 18 avec un seul œil, aussi large que possible, situé sur la partie antérieure de la portion coudée. L'aspiration ainsi pratiquée eut un plein succès. Elle a permis au malade, depuis qu'il s'en sert, de ramener par la sonde un grand nombre de graviers irrégulièrement arrondis, constitués par de l'acide pur, de toutes les grosseurs jusqu'à celle maximum de 4 millim. de diamètre inclusivement, et dont je mets une partie sous vos yeux.

La formation de ces graviers chez notre malade, comme chez un bon nombre d'autres qu'on rencontre dans la pratique, est incessante; c'est une production anormale qui, par sa persistance, semble devenue l'état normal; l'appareil rénal, y compris les calices et les bassinets, est évidemment le siége de cette formation.

Je dois ajouter maintenant un renseignement qui établit qu'au delà d'une certaine limite, l'aspiration ne serait plus sans inconvénient. Mon malade, émerveillé du résultat qu'il obtenait avec sa petite seringue, se dit qu'avec un instrument perfectionné, il serait plus satisfaisant encore. Il se rendit chez Collin et y fit emplette d'une seringue en métal de construction analogue à celle qui nous sert pour l'injection dans la lithotritie, mais de dimension plus petite. — Eh bien, savez-vous ce qui est résulté de l'emploi de cet instrument? me disait-il à quelque temps de là. — Je m'en doute; vous vous êtes fait saigner. — Précisément. Il s'en tint donc désormais à sa petite seringue, et cela avec un bénéfice marqué, ainsi que vous pouvez le constater.

J'ai cru utile de porter ce fait, avec quelques détails, à la connaissance de mes confrères; il me paraît contenir plusieurs enseignements; il nous montre un homme aux prises depuis quarante ans au moins avec une gravelle urique qui, de faible intensité d'abord, semble s'être accrue au fur et à mesure qu'elle durait; ce serait une gravelle acquise, car le malade, interrogé avec soin par moi, n'a pu retrouver aucun antécédent héréditaire. Cette gravelle a déjà donné naissance chez lui deux fois à la pierre, et, cela, comme on le constate d'ordinaire en pareille circonstance, au moment où elle lui avait paru décroître, tout simplement parce que le sable n'était plus expulsé au dehors qu'en très-petite quantité.

Enfin, il nous montre, enseignement que j'avais surtout en vue dans ma

communication; que le concours du cathétérisme et de l'aspiration, pratiquée avec douceur, à des intervalles à déterminer suivant les cas, est non-seulement inoffensif (mon malade n'en éprouve aucune sensation pénible), mais peut rendre de grands services, au point de vue de l'évacuation des graviers, et aller peut-être jusqu'à prévenir une récidive de la pierre. Je dois être réservé sur ce dernier point, puisque mon malade ne fait usage de l'aspiration que depuis huit mois environ, et que je ne puis pas affirmer qu'il sera, dans l'avenir, à l'abri de la récidive.

Ce que je crois pouvoir dire, c'est que, sans l'artifice qu'il a employé, elle se fût faite promptement et sous forme de nombreux petits calculs, analogues à ceux dont je l'ai débarrassé l'an dernier; car la plupart des graviers que j'ai apportés ici ne seraient pas sortis d'eux-mêmes, vu la disposition anatomique que j'ai signalée au col vésical, et d'ailleurs, avant l'usage de l'aspiration, il n'en sortait presque pas par la sonde.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Nordenskiöld adresse le programme de l'expédition de l'année prochaine (juillet 1878) à la mer Glaciale de Sibérie.

« Les expéditions arctiques parties de la Suède dans le cours de ces dernières années ont acquis une importance vraiment nationale; partout, dans notre pays, elles ont été accueillies avec le plus vif intérêt. L'État, et principalement les particuliers, y ont consacré des sommes considérables. Elles ont servi d'école pratique à plus de trente naturalistes suédois, fourni d'importants résultats scientifiques et géographiques, et nos musées en sont devenus les plus riches du monde en collections des régions arctiques.

A ces résultats scientifiques viennent s'en ajouter d'autres, d'une portée plus spécialement pratique, qui se sont réalisés déjà ou se réaliseront dans un avenir plus ou moins prochain. Elles ont recueilli des matériaux nouveaux sur la météorologie et l'hydrographie, fourni des renseignements précieux pour la chasse des phoques et des cétacés, fait connaître aux pêcheurs les richesses en poissons que recèlent les parages du Spitzberg. Elles ont amené la découverte, à Beeren-Eiland et au Spitzberg, de gisements considérables de houille et de phosphates, qui seront un jour ou l'autre d'une valeur signalée pour les pays voisins. Quant aux deux dernières de ces expéditions, elles ont inauguré des voies maritimes nouvelles en pénétrant jusqu'aux embouchures de deux des grands fleuves de la Sibérie, l'Obi et l'Iénisséi.

De si heureux résultats doivent être une excitation à poursuivre ces entreprises, surtout depuis que les deux expéditions précitées ont ouvert l'océan sibérien, dont l'exploration promet des résultats non moins importants, au point de vue de la science aussi bien qu'à celui de l'utilité pratique.

En plein XIXe siècle, à l'époque du télégraphe et de la vapeur, on rencontre ici un champ d'exploration tout à fait vierge, d'une immense étendue. L'Océan qui borde la côte septentrionale de l'Asie, depuis l'embouchure du Ienisséi jusqu'à Tchaunbay, c'est-à-dire du 82e au 170e degré de longitude, n'a jamais, à l'exception des voyages côtiers entrepris, il y a plus d'un siècle, sur des embarcations plutôt fluviales que maritimes, été sillonné par la quille d'un navire, ni vu par la fumée d'un bâtiment à vapeur. J'ai la conviction que, depuis les voyages du célèbre capitaine Cook, très-peu d'expéditions ont eu en perspective des explorations plus importantes et plus étendues dans des régions plus vastes, à la condition, toutefois, que *les glaces permettent de pénétrer dans ces mers au moyen d'un bateau à vapeur convenable.* Pour être à même de se faire un jugement sur ce point-là, il est nécessaire de jeter un coup d'œil rétrospectif sur les tentatives qui ont été faites pour se frayer un chemin par la voie que l'expédition aura pour donnée de suivre. . . »

Après un exposé des données que l'on possède sur les régions à parcourir, M. Nordenskiöld termine ainsi :

« Il résulte de tout ce qui vient d'être dit : que l'Océan au nord de la Sibérie n'a jamais été parcouru par un navire réellement en état de tenir la mer, et encore moins par un vapeur, équipé spécialement en vue de la navigation au milieu des glaces flottantes; que les petits navires avec lesquels on a essayé de parcourir cette partie de l'Océan n'ont jamais osé s'aventurer à une bien grande distance de la côte; qu'ils ont presque toujours cherché un port d'hiver précisément à l'époque de l'année où la mer est le plus libre de glaces, c'est-à-dire à la fin de l'été ou en automne; que toutefois la mer qui s'étend du cap Tscheljuskin au

détroit de Behring a été parcourue à diverses reprises, quoique personne n'ait réussi à faire ce parcours en une seule fois; que la glace formée en hiver le long de la côte, sans toutefois s'étendre au large, se brise chaque été pour donner naissance à de vastes champs de glaces flottantes qui tantôt sont chassés vers la côte par les vents du nord, tantôt sont refoulés au large par ceux du sud ; d'où il semble probable que la mer de Sibérie est séparée de la mer polaire proprement dite par une série d'îles, desquelles on ne connaît actuellement que la terre de Wrangel et les grandes îles qui forment la Nouvelle-Sibérie.

Me fondant sur l'ensemble de ces données, je crois qu'un vapeur parfaitement équipé pourra, sans des difficultés trop grandes, parcourir ce chemin dans la saison d'automne, et par là non-seulement résoudre un problème géographique posé depuis des siècles, mais encore, grâce aux ressources dont dispose actuellement la science, explorer aux points de vue de la géographie, de l'hydrographie, de la géologie et de l'histoire naturelle, une mer immense restée jusqu'ici presque vierge de toute exploration.

La mer au nord du détroit de Behring est actuellement fréquentée par des centaines de baleiniers, et la route qui conduit de cette mer aux ports de l'Amérique et de l'Europe constitue désormais une ligne souvent parcourue. Il y a quelques dizaines d'années c'était bien loin d'être le cas.

J'ai de même la conviction que, si des circonstances trop défavorables ne concourent pas à l'empêcher, une navigation le long des côtes septentrionales de l'Asie non-seulement est possible, mais encore qu'elle sera d'une importance pratique effective, cela non à titre immédiat, comme ayant ouvert un passage au nord-est pour se rendre de l'Europe en Chine, mais bien à titre médiat, par la preuve définitive qui serait fournie par là d'une communication maritime, d'un côté entre les ports septentrionaux de l'Europe et l'Obi-Iénisséi; de l'autre entre le Pacifique et la Léna. . . . .

Si l'expédition ne réussit pas à remplir ce programme en son entier, il ne faudra pas cependant la considérer comme manquée. Elle séjournera, dans ce cas, sur des points de la côte septentrionale de la Sibérie convenables à des explorations scientifiques. Chaque mille au delà de l'embouchure du Iénisséi sera un pas de fait vers la connaissance complète de notre globe. Dans ces parages, qui n'ont pas encore été visités, le savant trouvera la réponse à une foule de questions relatives à la condition ancienne et présente des terres polaires, questions dont plus d'une est à elle seule suffisamment importante pour légitimer une expédition navale dans ces parages. Qu'il me soit permis d'en signaler quelques-unes.

Si l'on excepte la partie de la mer de Kara explorée par les deux dernières expéditions suédoises, on ne possède à cette heure que très-peu de données sur la flore et sur la faune de la mer qui baigne les côtes de la Sibérie septentrionale. Nous y rencontrerons probablement, à l'opposé de ce que l'on a admis jusqu'à ce dernier jour, la même richesse animale et végétale que dans les mers du Spitzberg.

Autant qu'il est possible d'en juger *à priori*, les formes de plantes et d'animaux de la mer sibérienne doivent constituer les épaves de l'époque glaciaire; ce qui n'est pas tout à fait le cas des mers polaires où le gulf-stream épanche ses eaux, et où il amène et mêle aux vrais types polaires des types des régions plus méridionales. Or, une connaissance complète et certaine des types d'animaux d'origine glaciaire et de ceux d'origine atlantique est d'une importance majeure, non-seulement pour la zoologie et pour la géographie animale, mais encore pour la géologie des pays scandinaves et la connaissance de nos couches quaternaires.

Il a été donné à peu de faits scientifiques de captiver aussi puissamment l'intérêt des savants que la découverte dans le sol gelé de la Sibérie de débris colossaux d'éléphants et parfois même d'éléphants entiers recouverts de leur cuir et de leur toison. Ces trouvailles ont été plus d'une fois l'objet d'expéditions scientifiques et d'explorations minutieuses de la part de savants distingués. Il reste cependant encore bien des mystères à éclaircir sur une foule de circonstances en relation avec la période du mammouth de la Sibérie, qui peut-être a été le contemporain de notre période glaciaire. Notre connaissance des plantes et des animaux qui vivaient avec ce pachyderme est spécialement très-incomplète, quoique l'on connaisse l'existence, dans les parties les plus septentrionales de la Sibérie, d'un accès très-difficile par voie de terre, de petites collines couvertes d'os de mammouth et d'autres animaux contemporains, et que l'on y rencontre de vastes couches contenant des débris de la flore de la même époque.

En général, l'étude aussi complète que possible de la géologie des régions polaires est une condition nécessaire de la connaissance de l'histoire du globe. Il suffira, pour s'en convaincre, de se rappeler l'influence qu'a exercée sur la géologie la découverte, dans les roches et dans les couches meubles des terres polaires, de magnifiques débris de végétaux appartenant à de périodes géologiques diverses; même à cet égard, une expédition sur les côtes septentrionales de la Sibérie devra donner une moisson abondante.

Peu de sciences promettent de fournir avec le temps un aussi grand nombre de résultats pratiques que la météorologie, dont l'importance est aussi amplement prouvée par les sommes considérables affectées, dans tous les pays civilisés, à la création de bureaux et d'observatoires météorologiques.

Au delà des localités d'où il est possible d'obtenir des séries d'observations annuelles, il existe des régions de milliers de milles carrés totalement inconnus.

C'est cependant dans ces régions qu'on trouvera la clef de bien des problèmes météorologiques encore à résoudre. La mer glaciale de Sibérie, avec les îles qui s'y trouvent, est précisément un de ces districts météorologiques inconnus. Il est de toute importance, pour la météorologie de l'Europe, d'obtenir des données certaines sur la répartition de la terre et de l'eau, sur les glaces, la pression de l'air, la température de cette vaste partie du globe.

On peut en dire à peu près de même des matériaux que ces contrées pourront fournir à la connaissance du magnétisme terrestre, des aurores boréales, etc. A cela viennent s'ajouter l'étude de la flore et de la faune encore inconnues de ces pays, des recherches ethnographiques, des travaux hydrographiques, etc. » — M. L.

FORMULAIRE

Vernis contre les brulures. — Nitsche.

Vernis ordinaire des menuisiers.	50 grammes.
(composé de 1 partie de litharge sur 25 d'huile de lin)	
Acide salicylique.	5 —

Mêlez à chaud. — La région brûlée est enduite de vernis, puis recouverte de ouate, et abandonnée à elle-même. Grâce à l'emploi de ce moyen, l'auteur a guéri des brûlures très-étendues, mais qui ne dépassaient pas le troisième degré. Il avait d'abord associé l'acide phénique au vernis, mais il a dû y renoncer, à cause de l'irritation qu'il déterminait. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 27 Octobre 1786.

La Société royale de médecine propose, comme sujet de prix, la question suivante :

« Déterminer, par l'examen comparé des propriétés physiques et chimiques, la nature des « laits de femme, de vache, de chèvre, d'ânesse, de brebis et de jument. » — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Segond est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Peyrot, pour entrer en fonctions le 15 mars 1878, jusqu'au 15 mars 1881.

M. Kirmisson est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Reclus, et pour entrer en fonctions le 1er novembre 1877, jusqu'au 15 mars 1880.

La peste bovine en Allemagne. — Le *Courrier du Rhin* nous apprend que la peste bovine s'est déclarée le 20 à Elbingen, près de Rudesheim, et à Langenlonsheim, près de Kreuznach. A Geisenheim, où la peste bovine s'est également déclarée, on a tué tous les ruminants des métairies infectées, c'est-à-dire environ 100 têtes de bétail, et un fort détachement de soldats veille à l'exécution des mesures de prévoyance qui ont été ordonnées.

Les frontières de la Silésie et de la Bavière sont fermées du côté de l'Autriche, et on a pris aussi dans ce dernier pays des mesures énergiques pour combattre le mal.

Société de médecine de Paris. — La séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le samedi 27 octobre 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Considérations sur une épidémie de scorbut à Mazas, par M. le docteur de Beauvais. — 2° Discussion sur l'emploi du seigle ergoté dans les hémorrhagies nasales et utérines (à propos d'une communication de M. le docteur Blondeau). — 3° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DE QUELQUES ACCIDENTS NERVEUX CHEZ LES PHTHISIQUES (1),

Par Michel PETER.

II

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ : *Névralgies* et *mélalgie.* — Névralgie sciatique pouvant commencer la série des accidents de la phthisie. — Phthisie de la caducité par l'âge, ou phthisie de la cinquantaine. — Mélalgie annonçant ou confirmant l'aggravation de la maladie tuberculeuse; l'aggravant encore, et précédant de peu la terminaison funeste. — Est le fait d'une lésion des cordons postérieurs de la moelle.

A côté des troubles de la motilité, il importe de vous signaler ceux de la sensibilité. Indépendamment des douleurs intercostales, qui sont le fait d'une névrite symptomatique (ainsi que je crois l'avoir démontré dans mes leçons sur les *points de côté*) les phthisiques peuvent éprouver des douleurs à trajet comme à siége nettement déterminés, qui sont des *névralgies*, et des douleurs sans siége précis, douleurs de totalité qui affectent surtout les membres inférieurs et semblent résider dans l'ensemble des tissus constituants (muscles, os, articulations); douleurs auxquelles on a donné successivement le nom d'*arthralgie* et de *mélalgie.*

Parmi les névralgies, la sciatique est surtout intéressante, non-seulement parce qu'elle peut être très-rebelle, mais parce qu'elle m'a paru, dans deux cas, nettement coïncider avec le début de la tuberculisation pulmonaire.

Ainsi, chez un homme de 50 ans qui n'avait jamais été malade. Cet homme, d'une activité dévorante, menait de front, depuis deux années, deux industries considérables, ce qui devait finir par l'épuiser physiquement; il avait de plus, à l'occasion de l'une d'elles, éprouvé un sinistre financier et de véritables catastrophes de famille, ce qui l'avait déprimé moralement. C'est dans ces conditions qu'il était arrivé à la *cinquantaine*, c'est-à-dire à cette époque de la vie où la décadence organique s'accentue physiologiquement, et où nous voyons si souvent, par son fait, survenir la tuberculisation dans la classe pauvre. Car il y a là accumulation de causes tuberculisantes : d'une part, l'ouvrier plus âgé est devenu moins robuste comme moins habile, et son salaire nécessairement moins rémunérateur; d'autre part, l'alimentation est plus sordide et moins réparatrice, par suite de ce moindre salaire; mais les dents sont tombées en partie, la mastication est imparfaite, de sorte que, dans cet estomac vieilli et qui réclamerait des mets d'une élaboration digestive plus facile, arrivent au contraire des aliments grossiers et mal triturés, qui forcent le viscère à une exagération de travail dont il est incapable. D'où s'ensuivent de fréquents désordres gastro-intestinaux. Joignez à cela que la famille s'est accrue, que les besoins sont augmentés, et que l'ouvrier pauvre et vieux doit parfois partager avec les siens sa nourriture indigeste, ce qui ajoute l'insuffisance dans la quantité à l'insuffisance dans la qualité; de sorte qu'enfin la *phthisie de la cinquantaine* est, chez le pauvre, le résultat de la décadence physiologique naturelle, aggravée par l'insuffisance de la réparation alimentaire. Et je ne parle pas de l'insuffisance de l'aération résultant de l'étroitesse du logis où s'entasse la nuit toute une famille! Eh bien, si le pauvre devient ainsi tuberculeux vers la cinquantaine par ses privations, le riche peut le devenir par ses excès et ses chagrins. C'est ce qui advint à la personne dont je vous parle. En même temps qu'il souffrait de sa sciatique il se mit à tousser. Je ne trouvai rien à l'auscultation, pratiquée avec d'autant plus de soin que la toux était quinteuse et coqueluchoïde, et que je recherchais les moindres indices de tuberculisation des sommets pulmonaires et des ganglions bronchiques chez cet homme qui dépérissait. Il se guérit à grand'peine de cette névralgie par une cure thermale; mais, dans l'hiver qui suivit, je constatai enfin des craquements humides au sommet droit, puis au sommet gauche, et le voilà décidément tuberculeux. Il y a un an qu'il tousse et six mois que la tuberculisation s'est révélée par ses signes phy-

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 octobre.

siques. La maladie marche lentement, parce que le malade s'est décidé à moins travailler et à mieux se soigner; j'ajoute qu'un cautère placé en permanence au sommet droit de la poitrine n'est pas indifférent au ralentissement du mal. C'est là un type de tuberculisation apyrétique à longues périodes, qui mettra plusieurs années à entraîner la mort. Mais, ce que je voulais vous en dire, c'est qu'elle a débuté en même temps qu'une sciatique, laquelle se fait sentir d'ailleurs de temps à autre à nouveau.

Je viens d'être appelé à voir avec le docteur Langlois, à Villemonble, un nouveau cas de sciatique concomitante de tuberculisation pulmonaire initiale. Le malade, âgé de 47 ans, est contre-maître dans une grande maison industrielle, et quelque peu surmené. Il a une laryngite chronique depuis dix-huit mois. Il y a six semaines qu'il a eu un abcès de la marge de l'anus, lequel s'est ouvert spontanément, a produit une petite fistule borgne externe qui a guéri facilement. Enfin il y a trois semaines qu'une violente névralgie sciatique s'est manifestée à droite, alors que guérissait la fistule, laquelle d'ailleurs siégeait du côté opposé à celui où est apparue la névralgie. Or, j'ai trouvé chez cet homme, qui a maigri de plus de vingt livres depuis trois mois, non-seulement de la matité au tiers supérieur du poumon gauche, mais de la respiration saccadée et des craquements secs dans les efforts de toux. Un de ses fils, âgé de 13 ans, est atteint d'entéro-péritonite tuberculeuse depuis six mois. Ainsi la tuberculisation s'est démasquée chez le père à la suite d'une fistule à l'anus et en même temps qu'une névralgie sciatique.

En réalité, je crois que, chez ces deux individus dont je vous parle, qui n'avaient jamais eu de névralgie, les troubles fonctionnels du nerf sciatique (c'est-à-dire au fond la névrilémite ou la névrite) exprimaient du côté du système nerveux la déchéance organique, comme la tuberculisation pulmonaire le faisait — avec une bien autre gravité — du côté de l'appareil respiratoire.

Vous verrez des tuberculeux très-avancés dans leur phthisie souffrir, soit dans les articulations, soit dans les os, soit dans les muscles des membres inférieurs, soit enfin dans la totalité de ceux-ci : c'est l'*arthralgie* de Beau, la *mélalgie* de Barbereau. Rien cependant ne trahit au dehors ou n'explique les sensations si pénibles, plus intenses la nuit que le jour, et qui même, par leur violence, peuvent entraver les fonctions locomotrices; il n'y a ni rougeur ni tuméfaction; la douleur varie de la sensation de fatigue excessive à celle de déchirure ou de rupture. Une phthisique de 24 ans, que j'observais en 1868 avec mon jeune ami Reverdin, de Genève, nous disait qu'il lui semblait que « ses os allaient se casser. »

Or, ce que je veux bien indiquer ici, c'est que la mélalgie n'est pas un pur symptôme, mais qu'elle peut aller de la simple douleur sans lésion appréciable (sinon l'irritation probable des cordons postérieurs de la moelle par fluxion pendant la vie, qui peut disparaître après la mort) et se rapprochant alors de la névralgie, elle peut aller, dis-je, de la simple douleur sans lésion appréciable, jusqu'à la douleur avec lésion médullaire, myélite ou tuberculisation des cordons postérieurs. C'est ce qui résulte de mes recherches. Voici des faits :

Une jeune fille de 24 ans, tuberculeuse depuis deux ans et arrivée à la phthisie depuis plusieurs mois, qui vomit souvent par le fait de la toux, qui a de la fièvre le soir, de la diarrhée alternant avec la constipation, des sueurs la nuit et les chevilles enflées à la fin du jour, souffre depuis « assez longtemps » de douleurs dans les membres et le long du rachis; la pression est douloureuse au niveau de la cinquième apophyse épineuse dorsale; nous trouvons là un point douloureux parfaitement localisé. Indépendamment des douleurs qu'elle éprouve dans les tibias et les genoux, dont la pression est douloureuse, elle souffre dans les doigts des mains. Ces douleurs viennent par accès; les doigts tremblent alors et paraissent à la malade comme paralysés; les douleurs parcourent les bras; mais les muscles ne semblent pas douloureux. Il existe aux poignets des points douloureux, très-limités; à gauche, sur la face antérieure du radius, à droite, sur le cubitus à sa partie inférieure, au niveau du passage de la branche antérieure du nerf cubital; la pression de ces points y exaspère la douleur. La marche est difficile, mais un examen attentif

démontre que la gêne est due à la souffrance et non point à la paralysie. La malade voulut quitter le service et nous ne pûmes ainsi faire l'autopsie (1).

Il est difficile de ne pas croire qu'ici la douleur rachidienne, avec foyer spécial au niveau de la cinquième apophyse dorsale, ne tenait point à une myélite des cordons postérieurs, au moins à une vive congestion de cette région médullaire. Et ce qui motive l'idée de congestion plutôt que de phlegmasie, c'est que, sous l'influence des douches de vapeur, les douleurs des jambes s'améliorèrent momentanément et que celle du poignet gauche disparut.

Quoi qu'il en soit, voici un fait de simple congestion avec autopsie : Une phthisique de 56 ans, observée par moi à l'Hôtel-Dieu, a depuis quatre mois des douleurs dans tous les membres (supérieurs et inférieurs); elle tousse depuis la même époque. Elle a, au moment où nous l'observons, le 5 juillet 1863, une fièvre hectique très-ardente, le pouls variant de 112 à 132. Souffle et gargouillement dans la fosse sus-épineuse gauche. Douleurs très-vives dans les membres supérieurs et inférieurs; tremblement des mains; on ne peut toucher les bras ni les jambes sans faire souffrir la malade. Douleurs vives à la région cervicale. Œdème cachectique considérable.

La mort a lieu le 27 juin par épuisement fébrile, sans que la malade ait jamais eu de diarrhée ni de sueurs très-abondantes.

A l'autopsie, nous trouvons les lésions tuberculeuses les plus avancées au sommet du poumon gauche, où se voit entre autres une caverne superficielle et très-étendue. Infiltration de tout le reste du lobe supérieur; splénisation du lobe inférieur. Congestion énorme du lobe supérieur avec gros tubercules crus disséminés. A la partie supérieure du lobe inférieur et tout à fait à la surface du poumon, une petite excavation capable de loger une amande. Autour de cette petite caverne, hépatisation rouge sur un rayon d'un centimètre environ; puis granulations miliaires jusqu'à la base même du poumon et tout le long de son bord tranchant.

Les ganglions bronchiques, volumineux, sont le siége d'une congestion chronique sans tubercules.

Ainsi, association, chez cette femme comme chez tant d'autres, de la tuberculisation classique et de la pneumonie dite *caséeuse;* tubercules plus ou moins volumineux et granulations miliaires d'une part, et infiltration tuberculeuse avec excavations d'autre part. En réalité, une seule et même maladie sous deux formes anatomiques différentes du produit morbide.

Mais ce qu'il y avait de plus spécialement intéressant, c'était de rechercher la cause des douleurs des membres.

Or, nous trouvâmes d'abord que toutes les veines des membres inférieurs étaient intactes, ce qui prouvait que les douleurs pas plus que l'œdème ne tenaient à une *phlegmatia alba dolens*, et devaient être rattachées, comme d'ailleurs celles des membres supérieurs, à une perturbation fonctionnelle, sinon à une lésion des cordons postérieurs. D'autre part, le cerveau et la moelle étaient sains, et la seule chose que nous pussions noter était une vive congestion des enveloppes médullaires, sans ramollissement ni induration des cordons postérieurs.

Voici maintenant un cas où la mélalgie était associée à la forme granuleuse de la tuberculisation, et se trouvait être symptomatique d'un ramollissement de la partie inférieure des cordons postérieurs de la moelle.

Une femme de 30 ans, entrée dans mon service le 24 février 1875, présentait les symptômes d'une tuberculose généralisée : d'abord tuberculisation péritonéale et intestinale, avec vomissements douloureux, au point d'avoir simulé au début la colique hépatique; puis ballonnement du ventre, tuméfaction énorme et douloureuse du foie; enfin, diarrhée; puis tuberculisation pulmonaire apparaissant deux mois après les manifestations abdominales. En même temps que l'explosion des accidents thoraciques, céphalalgie intense et insomnie habituelle. Epistaxis peu

(1) Observation recueillie en 1868 par M. Reverdin, actuellement professeur à la Faculté de médecine de Genève.

abondantes, mais répétées. Pouls fréquent, frissons; température atteignant parfois 41° le matin.

La malade a souvent des « étourdissements et voit des flammes briller devant ses yeux. » C'est dans ces conditions de fièvre intense et de troubles de l'innervation d'aspect vaguement typhoïde que, le 29 mars, cette femme dit ressentir depuis deux ou trois jours « des douleurs très-vives qui naissent aux orteils et remontent jusqu'au mollet », sans qu'on puisse noter ni rougeur ni gonflement des parties douloureuses.

On calme les douleurs en faisant des injections hypodermiques de morphine, mais elles ne tardent pas à reparaître, l'action de la morphine épuisée. Je cherche alors si le rachis n'est pas douloureux, et je trouve que la pression des apophyses épineuses provoque de la douleur depuis la septième jusqu'à la douzième vertèbre dorsale.

La malade nous dit alors qu'elle souffre spontanément en ces points, bien qu'elle ne nous ait jamais parlé jusqu'ici que de la douleur de ses extrémités, la seule qui la préoccupât, en raison de sa violence.

Cependant la tuberculisation abdominale et thoracique allait s'aggravant : diarrhée continuelle, vomissements presque tous les jours avec vive douleur au creux épigastrique; toux fréquente et pénible, avec expectoration rare; hémoptysie peu abondante, avec ou sans épistaxis; amaigrissement excessif et faiblesse extrême. Mort, dans ces conditions, le 22 avril, un peu moins d'un mois après les premiers symptômes de mélalgie.

A l'autopsie, tuberculisation miliaire de la totalité des plèvres pariétales (sternale, costale et diaphragmatiqne); tuberculisation miliaire généralisée des deux poumons, ainsi que de la plèvre viscérale, associée d'une part à une forme plus vulgaire de la tuberculisation (dissémination de tubercules crus, du volume d'un pois et davantage); associée d'autre part à des masses infiltrées, dont l'un occupe la plus grande partie du sommet du poumon droit (c'est-à-dire réunion chez un même sujet et dans un même organe des trois formes de la tuberculisation).

Le cœur, de volume à peu près normal, était mou, flasque, et ses fibres musculaires avaient en partie subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Le foie remplissait la plus grande partie de l'abdomen, s'avançant jusque dans l'hypochondre gauche, recouvrant l'estomac et la rate, refoulant le diaphragme et descendant jusqu'au niveau de la crête iliaque. La surface convexe est parsemée de tubercules miliaires sous-péritonéaux. Il a subi la dégénérescence graisseuse.

Le péritoine tout entier est constellé de granulations tuberculeuses. Ulcérations tuberculeuses de l'intestin grêle, les plus nombreuses comme les plus larges et les plus profondes vers la fin de l'iléon; quelques-unes dans le gros intestin; le tout associé à des granulations miliaires au pourtour des ulcérations. Ganglions mésentériques tuberculeux.

Enfin, relativement aux symptômes mélalgiques : « La moelle présente, immédiatement au-dessus de sa terminaison sur une longueur de 2 centimètres environ, et une largeur ainsi qu'une profondeur de quelques millimètres, à la face postérieure, un foyer de ramollissement blanchâtre (1). » Le reste de la moelle et l'encéphale sont sains.

Une jeune fille de 19 ans entre, le 12 août 1868, dans notre salle Sainte-Eugénie; elle est tuberculeuse depuis cinq mois; très-amaigrie, très-oppressée; elle a de la diarrhée; elle présente les signes physiques de cavernes aux deux poumons; rejette en abondance des crachats purulents; sa voix enrouée et presque éteinte dit assez qu'elle a une phthisie laryngée.

Le 8 septembre, elle accuse des douleurs dans les membres inférieurs. Ces douleurs siégent dans les cuisses et les jambes. La pression réveille la souffrance aussi bien sur les tibias que dans les muscles des mollets. C'est surtout le soir et la nuit

(1) Observation recueillie par mon élève, M. Duvernois, actuellement interne des hôpitaux.

que la malade dit souffrir. Elle tient ses jambes à demi fléchies sur le côté, de façon à relâcher les muscles. Les membres supérieurs ne sont pas douloureux.

L'exploration du rachis nous fait constater l'existence d'une douleur assez vive à la pression sur les apophyses épineuses.

Le 19, onze jours après le début de la mélalgie, la malade succombe à sa phthisie, sans que les douleurs des membres aient pu être calmées.

A l'autopsie, granulations tuberculeuses et tubercules suppurés nombreux dans les deux poumons, pneumonie catarrhale circonférentielle et très-étendue. Adhérences pleurales. De plus, tuberculisation des organes génitaux internes, qui sont soudés entre eux par des fausses membranes, tuberculeuses elles-mêmes; foyers de matière caséeuse dans le cul-de-sac pelvien droit, ainsi que dans la trompe droite.

La moelle enlevée avec soin, on trouve la dure-mère intacte. Celle-ci incisée, on ne découvre aucune lésion apparente sur les cordons antérieurs. Les vaisseaux en sont sains; il en est de même de ceux des cordons portérieurs. Mais ces cordons postérieurs présentent à l'œil nu des lésions très-apparentes ayant l'aspect de granulations, qui commencent à la partie moyenne de la moelle et se prolongent jusqu'à sa terminaison; à la surface même de la moelle, ce sont des saillies un peu plus jaunâtres que le reste du tissu médullaire; les plus petites se trouvent à la partie supérieure; elles y sont très-régulièrement arrondies, de la largeur d'une tête d'épingle; à la partie tout à fait inférieure de la moelle, s'en trouve une plus volumineuse, qui a environ la largeur d'un très-gros pois; elle fait, à la surface de la moelle, une saillie très-prononcée, de forme moins régulière que les saillies d'aspect granuleux précédentes, et se continue par ses bords en pente assez douce avec la surface du cordon postérieur.

Bien que l'examen histologique de ces productions morbides n'ait pas été fait, il ne me paraît pas douteux qu'elles ne fussent tuberculeuses chez cette malade, où la tuberculisation s'était à ce point généralisée qu'il n'y avait pas seulement tuberculisation pulmonaire et laryngée, mais encore tuberculisation génitale.

Ainsi la mélalgie ne serait pas un pur symptôme, mais l'expression clinique de lésions médullaires. Il importe donc, alors qu'un phthisique se plaint de souffrir des membres inférieurs, de rechercher avec soin s'il n'existe pas en même temps de la douleur aux apophyses épineuses des vertèbres; les malades, préoccupés seulement de la première douleur, n'accusant pas la seconde. Or, la souffrance qu'éveille alors ou qu'exaspère la pression des apophyses, est analogue à celle de la myélite proprement dite, et tient en effet, chez les phthisiques, à un processus morbide localisé aux cordons postérieurs de la moelle, processus au moins congestif sinon inflammatoire ou tuberculeux.

Dans une très-consciencieuse étude (1), M. le docteur Hahn a mentionné d'autres troubles nerveux chez les phthisiques, ainsi des tremblements et des contractures; les premiers se rapprochant plus du tremblement sénile que de la *paralysis agitans*, d'après M. Perroud; les contractures rappelant, d'après le même auteur, par leur bénignité et leur rémittence, celles de la tétanie. Ainsi encore le *myoidema*, de Lawson Tait, ou ondulation musculaire produite par la percussion des muscles de la poitrine, ondulation accompagnée d'une douleur parfois très-vive et hors de proportion avec la faiblesse du choc.

Mais ce que je veux surtout vous signaler, en raison de la brusquerie de son apparition, de son étrangeté dramatique et de sa signification sinistre, c'est la *manie* terminale.

(La fin dans un prochain numéro.)

(1) *Des complications qui peuvent se présenter du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique*, par F.-L. Hahn, 1874.

ALIÉNATION MENTALE

CONSIDÉRATIONS SUR LA GUÉRISON DE LA FOLIE;

Par H. Savage.

(*Guy's hospital Reports,* 1876.)

M. le docteur H. Savage a été attaché pendant trois ans au célèbre asile de Bedlam, à Londres, et il publie aujourd'hui, dans un volumineux mémoire, le résultat de ses observations sur le pronostic plus ou moins favorable que comportent les diverses formes de l'aliénation. Ce travail est aussi intéressant par le nombre et la valeur des documents sur lesquels il s'appuie que par le soin et la lucidité qui ont présidé à sa rédaction. Essayons d'en donner un rapide résumé.

Tous les éléments de ce mémoire sont empruntés, par M. H. Savage, aux comptes rendus officiels de Bedlam de 1865 à 1874, et à l'examen de 600 malades qui étaient spécialement placés sous sa direction.

Pour l'auteur, il est profondément déraisonnable de dire qu'un aliéné est fatalement incurable; la guérison est subordonnée à la forme de la maladie, à la nature et à la gravité des accidents qu'elle présente, et le pronostic varie essentiellement suivant ces facteurs; la guérison elle-même a une allure différente dans les diverses formes d'aliénation.

La guérison graduelle s'observe surtout dans la manie et la mélancolie, où l'on voit souvent l'amélioration de l'intelligence et la santé générale marcher de front. La guérison brusque se montre dans beaucoup de folies hystériques, et quelquefois dans la démence d'emblée; mais il faut remarquer que beaucoup de cas de folie subitement dissimulée sont pris pour des guérisons soudaines; les femmes sont particulièrement habiles dans ce genre de supercherie. En somme, on sait aujourd'hui que les guérisons brusques sont moins fréquentes qu'on ne le croyait, et cette notion n'a pas peu contribué à faire abandonner le traitement basé sur des surprises plus ou moins brutales, si en vogue autrefois. Le mode de guérison le plus souvent constaté présente des alternatives plus ou moins réitérées d'amélioration et de recrudescence, ces dernières s'affaiblissant d'une façon progressive.

Les malades traités à l'asile de Bedlam, dans ces dix dernières années, ont fourni un chiffre de guérisons très-élevé : 43 p. 100 pour les hommes et 59 p. 100 pour les femmes. La manie (hommes et femmes) a donné 60 guérisons p. 100, et la mélancolie 57 p. 100. Ces résultats sont dus, sans doute, à ce qu'en fait Bedlam étant plutôt un hôpital qu'un asile, les médecins peuvent, dans une certaine mesure, choisir leurs malades.

D'une façon générale, comme nous devions nous y attendre, il résulte des observations de M. H. Savage, que le pronostic est favorable dans la manie aiguë d'emblée et dans plusieurs genres de folie puerpérale; il est défavorable, au contraire, dans la paralysie générale, dans la folie épileptique et dans celle qui est compliquée d'hallucinations.

L'auteur passe ensuite en revue les circonstances particulières que peuvent présenter ces différents états. Tous les symptômes de congestion et de sénilité assombrissent le pronostic. Il en est de même de l'irrégularité des pupilles, surtout dans la paralysie générale consécutive à des troubles hypochondriaques. L'amélioration générale du sujet, qui ne coïncide pas avec une amélioration intellectuelle, est aussi un mauvais signe, sauf dans les folies puerpérales ou dans celles qui sont sous l'influence directe de l'anémie. L'épilepsie est toujours une complication très-défavorable de la folie, quand elle n'en est pas la cause essentielle; dans la paralysie générale, l'apparition d'une attaque d'épilepsie annonce nettement la mort.

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas cru devoir approfondir d'une façon spéciale cette question de l'épilepsie; ont eût aimé à trouver ici les réflexions qu'ont dû lui suggérer les cas nombreux qui ont été soumis à son observation. Nous souhaitons qu'il nous fasse connaître plus tard le résultat de son expérience sur un sujet pour lequel il est d'ailleurs si compétent.

L'étude des causes de la folie est celle qui fournit au pronostic ses éléments les plus précieux. A Bedlam, comme ailleurs, l'hérédité montre une prépondérance manifeste. Les cas de folie héréditaire, toujours au nombre des plus rebelles, fournissent à eux seuls 34 p. 100 du nombre total des aliénés hommes, et 39 p. 100 de celui des femmes. L'aliénation consécutive aux coups de soleil et aux blessures du crâne comporte un pronostic des plus défavorables. Il nous semble qu'il y aurait là matière à une étude particulièrement intéressante sur cette incurabilité particulière aux lésions cérébrales qui sont la conséquence d'un traumatisme. Mais nous ne pouvons ici qu'indiquer ce sujet, en renvoyant le lecteur à l'article vraiment magistral publié dernièrement par M. le professeur Lasègue dans les *Archives générales de médecine.*

Les cas qui offrent les meilleures chances de guérison reconnaissent pour cause les maladies aiguës, et les abus sexuels excessifs, mais peu prolongés.

L'âge du malade est d'une grande valeur pour le pronostic. Evidemment les chances de guérison sont en rapport direct de la jeunesse du sujet, sauf pour les cas de folie épileptique, dont l'incurabilité s'affirme à toutes les époques de la vie. En somme, M. H. Savage a trouvé que les aliénés au-dessous de 25 ans ont guéri dans la proportion de 60 p. 100 ; au-dessus de 50 ans, cette proportion s'abaisse à 39 p. 100.

Le mariage a souvent une heureuse influence, nous dit M. H. Savage ; souvent aussi cette condition semble aggraver l'état du sujet. Nous pensons que c'eût été ici le cas de distinguer des folies ordinaires, celles qui sont manifestement sous la dépendance d'un état d'excitation chronique spontanée des organes génitaux. Cet état, rare chez les filles, mais très-fréquent chez les veuves, doit être rangé au nombre des moins défavorables, à cause du moyen qui peut lui être opposé. Nous aurions aussi aimé à trouver ici quelques notions sur le rôle des diverses professions dans la genèse et la curabilité de la folie, car il n'y a pas dans l'étude des maladies mentales de renseignements qui intéressent davantage l'hygiène sociale, et la prophylaxie, cette branche si importante de la pathologie cérébrale.

M. H. Savage énumère ensuite les symptômes qui ont une importance particulière pour le pronostic. Les observations confirment ce que nous savons de la gravité du pronostic dans les cas où on rencontre les hallucinations, les tics, les idées de suicide, la tristesse associée aux idées de grandeur, etc., et nous n'insisterons pas là-dessus. Nous ne pouvons cependant accepter cette opinion que les paralysies locales n'aggravent pas le pronostic, sauf dans les cas de sénilité. Cette sénilité patente ou cachée, sur laquelle l'auteur passe légèrement, nous paraît, au contraire, la cause dominante de ces diverses paralysies ; son importance est d'ailleurs immense en pathologie mentale ; physiologiquement l'individu a le même âge que son système circulatoire, et c'est ce système dont la vieillesse anticipée a une influence prépondérante sur l'axe cérébro-spinal ; on sait bien, par exemple, que la folie morale, dans beaucoup de cas, dépend uniquement de l'athérome.

Nous croyons aussi qu'il y a quelque exagération dans ce que M. H. Savage dit du peu de valeur de l'insomnie et des excès de la médication destinée à la combattre. Le sommeil nous a toujours paru une des indications les plus pressantes de l'aliénation. Autrefois, il est vrai, l'administration trop longtemps soutenue de l'opium et spécialement de la morphine, a pu présenter des inconvénients ; mais aujourd'hui que le chloral, le bromure de potassium, etc., nous fournissent tant de moyens hypnotiques innocents, l'insomnie doit, plus que jamais, être combattue avec persévérance.

L'auteur passe ensuite en revue les pronostics spéciaux aux divers genres de folie.

La folie hystérique guérit parfois soudainement ; la manie aiguë d'emblée donne un chiffre élevé de guérisons, la mélancolie un peu moins. La démence aiguë, la folie circulaire, guérissent rarement, la paralysie générale jamais. Il faut seulement prendre garde que cette dernière affection est susceptible de rémissions qui peuvent en imposer si on n'est bien fixé sur ses allures ; les erreurs sont fréquentes sur ce point, et dernièrement nous avons eu connaissance d'un cas de cette espèce qui avait trompé un de nos meilleurs cliniciens.

La folie consécutive à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement, comporte un pronostic très-variable lié à des conditions spéciales qu'il nous est impossible d'énumérer ici. Notons cependant la durée toujours longue de la folie qui apparaît pour la première fois au moment de la parturition ; récemment encore nous observions deux cas de folie épileptique survenue dans ces circonstances, à la suite d'attaques prolongées d'éclampsie.

En terminant, M. H. Savage nous donne d'intéressants détails sur les récidives observées à Bedlam ; cet établissement se prête exceptionnellement à ce genre d'étude, car, en vertu d'un usage constant, tout malade qui y a été soigné une fois est toujours admis à y rentrer. Sur 600 entrées, M. H. Savage a trouvé 24°8 récidives p. 100. Sur 124 cas de récidive qui étaient spécialement confiés aux soins de l'auteur, il y avait 47 hommes et 77 femmes ; la différence excessive observée chez les femmes était entièrement due à des causes puerpérales. Ici encore, comme partout dans l'histoire de la folie, nous retrouvons l'influence dominante de l'hérédité. 38 femmes sur 77, et 21 hommes sur 47 offraient des antécédents héréditaires.

Tel est le travail dont nous venons de faire une analyse nécessairement trop succincte pour avoir pu mentionner tous les détails originaux, tous les aperçus instructifs qui en rendent la lecture singulièrement intéressante. Il fait honneur à l'aliéniste distingué qui l'a écrit ; il est un nouveau signe de la faveur et du succès qui s'attachent en Angleterre à ces études auxquelles les transformations sociales donnent partout une importance toujours croissante.

D[r] MONTANO.

BIBLIOTHÈQUE

L'HYGIÈNE ET L'ÉDUCATION dans les internats, lycées, collèges, pensionnats, maisons d'éducation, écoles normales, écoles spéciales, universités, etc., par A. RIANT, D.-M. P., médecin de l'École normale du département de la Seine, etc., etc. Paris, 1877 ; librairie Hachette.

« L'internat est un fait. Pour longtemps encore, c'est une nécessité.
« Critiques et protestations n'ont abouti ni à le supprimer, ni même à le restreindre.
« Puisque l'internat s'impose, exigeons du moins qu'il présente des garanties sérieuses.
« Ne négligeons rien pour l'améliorer. »

Voilà par quelles paroles de bon sens débute cet excellent livre qui, au mérite du fond, joint l'agrément de la forme. Exposer sincèrement l'état actuel des choses, dire en quoi et comment les réformes sont possibles, montrer en quoi d'autres réformes proposées sont inexécutables, tel est le but visé par l'auteur, aux ouvrages précédents duquel, l'*Hygiène scolaire* et les *Leçons d'hygiène,* le public a fait un accueil très-favorable. L'ouvrage nouveau ne sera pas moins bien accueilli.

M. Riant a considéré l'hygiène des internats dans toute la généralité du sujet comme dans toutes les divisions qu'il comporte. Un premier livre est consacré, sous le titre d'*Hygiène physique,* aux conditions matérielles de l'installation des internats et du bien-être des élèves. Trois chapitres y traitent toutes les questions relatives à la disposition, à l'aménagement des bâtiments, au mobilier, à l'alimentation, à l'habillement, aux exercices des élèves, au service médical, etc., dans ces établissements.

Un second livre a plus particulièrement en vue l'*hygiène intellectuelle* de l'élève, la durée, l'intensité du travail, l'ordre des exercices, les veillées, l'influence des examens et des concours, etc.

Enfin, un troisième livre, réservé à l'*hygiène morale,* montre la place qui doit être faite à l'éducation, et détermine, dans le régime de l'élève, dans la surveillance dont il est l'objet, dans le choix du personnel qui l'entoure, dans la direction de l'enseignement....., les conditions indispensables pour assurer dans l'internat, non-seulement la moralité, mais la culture et l'élévation des âmes et des caractères.

Voilà le plan général de l'ouvrage tel qu'il est indiqué par l'auteur. Le premier livre est le plus étendu et se compose de trois chapitres dont voici les titres : Les internats en France et à l'étranger, conditions générales; bâtiments et installation matérielle; le régime et la santé des élèves.

Suivre l'auteur dans les détails qu'il a étudiés soigneusement, serait refaire son livre. Qu'on en juge par le sommaire du chapitre III du livre Ier. Voici les sujets aussi variés qu'instructifs traités dans ce chapitre. Conditions d'admission des élèves au point de vue de l'hygiène :

Age. — Etat de santé. — Examen médical. — Le certificat de vaccine; sa valeur. — Revaccinations. — Régime alimentaire dans les internats. — Repas. — Menus. — Boissons. — Régimes exceptionnels. — Vêtements. — Chaussures. — Literie. — Soins de propreté. — Administration des bains, bains de pieds, douches. — Soins de toilette pour les plus jeunes enfants. — Exercices physiques. — Comparaison des habitudes françaises et des usages à l'étranger. — Jeux. — Natation, équitation, escrime, exercices militaires. — Hygiène des jeux, promenades, excursions. — Punitions et récompenses au point de vue de la santé. — Hygiène des vacances. — Gymnastique. — Travaux manuels. — Musique vocale et instrumentale. — Exercices de lecture et de déclamation. — Service médical des internats. — Rôle du médecin. — Visites. — Consultations. — Il doit être conseillé sur toutes les questions qui touchent à l'hygiène de l'établissement ; exemples : Principales maladies observées dans les internats; — mortalité dans les internats; — précautions à prendre contre les épidémies; — inspections des internats au point de vue de l'hygiène.

Il nous semble que ce simple sommaire d'un seul chapitre de cet ouvrage donne une idée suffisante de son importance. Mais il ne fait pas connaître l'intérêt qu'on ressent à sa lecture. A qui d'ailleurs ne rappelle-t-il pas des souvenirs pénibles et charmants, des jours mêlés de rires et de larmes? Et ces amitiés de collége si durables, interrompues et reprises selon les hasards et les caprices de l'existence...

Mais voilà du sentiment, et quoique M. Riant ne se soit pas toujours défendu de céder à ses douces impressions, il convient cependant de lui rendre cette justice, qu'il a fait surtout œuvre pratique. Il a été ému par cette pensée : D'après les dernières statistiques, à peu près 80,000 jeunes Français sont soumis en ce moment à l'internat, soit dans les lycées, colléges et institutions de l'État et des communes, soit dans les établissements libres. Ces enfants, espoir du pays, en quittant, comme il le dit, le duvet maternel, trouvent-ils au moins toutes les condi-

tions d'une bonne hygiène, précisément à l'âge où ces conditions sont si nécessaires? Eh bien, M. Riant dit résolûment non, et après avoir rendu hommage au progrès incontestable accompli depuis quelques années, il indique tout ce qui reste à accomplir pour réaliser la belle devise des anciens : *Mens sana in corpore sano.*

Ce livre doit être lu par tous ceux qui prennent part à la distribution de l'instruction secondaire, et aussi par les médecins chargés de veiller à la santé de cette nombreuse génération d'enfants condamnés, pauvres victimes, à huit ou dix ans de prison.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1877. — Présidence de M. PANAS.

SOMMAIRE. — Pathogénie du *genu valgum.* — Anévrysme de la main; traitement par la méthode ancienne, guérison. — Opération d'élongation du nerf radial. — Présentations. — Élections du secrétaire général et d'un membre titulaire.

M. Verneuil, à propos de quelques faits qu'il a eu l'occasion d'observer, croit devoir appeler l'attention des chirurgiens sur la pathogénie encore obscure du *genu valgum.* On a fait sur cette pathogénie de nombreuses hypothèses. On a invoqué tour à tour, comme causes de la maladie : 1° une affection des ligaments; 2° une affection des muscles; 3° une affection des os.

M. Verneuil passe rapidement sur les théories ligamenteuse et musculaire, qui ne lui paraissent pas fondées, pour s'arrêter à la théorie osseuse qui a pour elle l'assentiment des auteurs les plus distingués. Parmi les partisans de cette théorie, les uns assignent comme cause au *genu valgum* l'hypertrophie du condyle interne du fémur, les autres l'atrophie du condyle externe.

M. Verneuil admet comme vraie, dans un certain nombre de cas, la doctrine de l'hypertrophie du condyle interne du fémur. Il se rallie, sur ce point, à l'opinion de MM. Ollier et Tripier (de Lyon), qui attribuent le *genu valgum* à la suractivité du cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. Ces auteurs, dans leurs expériences sur les animaux, ont pu, à volonté, provoquer tantôt l'hypertrophie du condyle interne, en excitant la moitié interne du cartilage épiphysaire, tantôt l'hypertrophie du condyle externe, en excitant plus particulièrement l'activité fonctionnelle de la moitié externe de ce cartilage.

Cette théorie est d'autant plus plausible que le *genu valgum,* comme chacun le sait, est surtout une affection de l'adolescence, c'est-à-dire de l'âge auquel le développement du système osseux est dans toute son activité.

M. Verneuil n'a pas eu l'occasion de vérifier par l'observation clinique la doctrine de M. Ollier, qui voit dans l'exagération fonctionnelle de la moitié interne du cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, la cause de l'hypertrophie du condyle interne de cet os, hypertrophie qui serait elle-même la cause la plus ordinaire du *genu valgum;* mais il lui a été donné de constater des faits qui confirment d'une manière générale le principe de la théorie soutenue par M. Ollier.

Il y a deux ans, M. Verneuil reçut dans son service, à l'hôpital Lariboisière, une jeune fille de 17 ans, très-bien constituée, qui avait un *genu valgum* unilatéral s'accompagnant de douleurs assez vives dans la marche, douleurs qui cessaient dans l'état de repos du membre. En explorant le genou en divers sens, on ne déterminait pas de douleur par la palpation de la rotule et des condyles du fémur; mais, dès que l'on venait à presser un peu plus bas, dans l'étendue d'un espace linéaire correspondant exactement au cartilage épiphysaire du tibia, la malade accusait une vive douleur.

A plusieurs reprises, M. Verneuil condamna la malade au repos complet ; alors la douleur disparaissait entièrement, mais elle revenait lorsque la jeune fille se remettait à marcher. M. Verneuil montra la malade à son collègue et ami M. Tillaux, au point de vue de l'opportunité de l'application de la méthode de traitement du *genu valgum* par le redressement forcé; mais ni l'un ni l'autre n'osèrent appliquer cette méthode à cette vigoureuse jeune fille, dans la crainte de produire de fâcheux délabrements. M. Verneuil se contenta d'appliquer des sangsues et des vésicatoires sur le genou; sous l'influence de ce traitement, la douleur disparut, mais la difformité persista.

Voilà donc un cas dans lequel il est impossible d'attribuer le *genu valgum* à l'élongation du condyle interne du fémur ; ici l'hypertrophie du condyle interne du tibia, produite par l'exagération fonctionnelle du cartilage épiphysaire, a été suivie du même effet que l'hypertrophie du condyle interne du fémur, au point de vue de la production du *genu valgum.*

M. Verneuil a en ce moment, dans son service, un jeune garçon de 16 ans, atteint de *genu valgum* depuis trois mois, et qui présente les mêmes phénomènes que la jeune fille dont il vient d'être question. Chez lui, également, la palpation de la rotule et des condyles du fémur est absolument indolente; mais dès qu'on vient à presser sur l'espace linéaire qui correspond au cartilage épiphysaire du tibia, le malade accuse de la douleur.

M. Verneuil a pensé que de tels faits méritaient d'être signalés; ils confirment d'une manière générale la théorie osseuse, et, en particulier, la doctrine de M. Ollier sur le rôle des cartilages épiphysaires, mais ils tendent à restreindre le rôle exclusif que l'on a voulu attribuer à l'hypertrophie du condyle interne du fémur dans la pathogénie du *genu valgum*; enfin ils semblent devoir faire admettre deux variétés de *genu valgum* : l'une produite par l'hypertrophie du condyle interne du fémur, l'autre par l'hypertrophie du condyle interne du tibia.

M. Houel dit qu'il a eu l'occasion de voir un certain nombre d'enfants chez lesquels il a constaté une hypertrophie douloureuse des cartilages épiphysaires. La pression exercée sur la ligne courbe du cartilage épiphysaire de l'extrémité supérieure du tibia provoque une vive douleur. On peut d'ailleurs saisir le tibia et lui imprimer divers mouvements sans faire souffrir les petits malades. Chez l'un d'eux, qu'il a en ce moment sous les yeux, il y a en même temps de la douleur à la pression du cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia, mais moindre qu'à la pression du cartilage de l'extrémité supérieure. Cet enfant présente une certaine difficulté de la marche et un commencement de déviation du genou. Mais, chez beaucoup d'autres enfants, M. Houel n'a pas vu de difformité.

M. Tillaux est absolument de l'avis de M. Verneuil sur la pathogénie du *genu valgum*; il pense que cette maladie est toujours le résultat d'un vice de développement, soit du condyle interne du fémur, soit du condyle interne du tibia. Les théories qui font de cette affection le produit d'une maladie des ligaments ou des muscles lui paraissent entièrement contredites par les résultats du traitement par la méthode du redressement forcé qui devrait, si ces théories étaient vraies, aggraver la maladie au lieu de la guérir. La théorie osseuse semble à M. Tillaux être la seule acceptable.

M. Guéniot rappelle qu'il a eu l'occasion de signaler, il y a deux ans, à propos d'une discussion semblable à celle qui eut lieu à cette époque à la Société de chirurgie, les résultats d'une autopsie pratiquée sur une petite fille de 10 ans, chez laquelle il constata l'existence d'un *genu valgum* manifestement dû à une malformation du condyle interne du fémur. Ce condyle débordait très-notablement le condyle externe et avait amené la déviation de la jambe en dehors.

M. Verneuil répète qu'il faut admettre et l'origine fémorale et l'origine tibiale du *genu valgum*.

— M. Desprès présente un malade qu'il a opéré avec succès d'un anévrysme traumatique de la main par la méthode ancienne. Cette espèce d'anévrysme, très-rare, car il n'en existe pas un seul exemple au musée Dupuytren, M. Desprès l'a observée chez un individu âgé de 50 ans environ, qui s'était blessé avec un fragment de verre enfoncé profondément dans le premier espace interdigital. La blessure fut suivie immédiatement d'une hémorrhagie très-abondante sous forme d'un jet saccadé de sang vermeil. Le blessé arrêta lui-même cette hémorrhagie, à la mode de son pays, c'est-à-dire avec de la toile d'araignée aidée de la compression. Au bout de trois jours, il put reprendre son travail, mais il vit bientôt apparaître, au niveau de la cicatrice de la plaie, une petite tumeur qui ne cessa de s'accroître et qui, au bout de trois mois, avait pris un volume considérable. Il consulta alors plusieurs médecins de son pays et des environs qui, finalement, l'engagèrent à se rendre à Paris pour s'y faire opérer. Il vint à la consultation de M. Desprès, à l'hôpital Cochin.

Le diagnostic était des plus faciles, car la tumeur présentait des mouvements d'expansion et des battements très-manifestes; la compression en réduisait le volume, ce qui explique pourquoi le moulage qu'en a fait prendre M. Desprès, et qu'il met sous les yeux de ses collègues, montre la tumeur réduite d'environ un tiers de son volume. La compression des artères radiale et cubitale faisait cesser les battements, mais ne faisait pas disparaître la tumeur. La peau qui la recouvrait était considérablement amincie et une rupture paraissait imminente. C'est ce qui détermina M. Desprès à intervenir d'emblée chirurgicalement, sans s'arrêter aux moyens auxquels on a recours d'ordinaire avant d'en venir à une opération sanglante. Il se décida pour l'opération de l'anévrysme par la méthode ancienne, c'est-à-dire par l'incision du sac, l'évacuation des caillots et la ligature des artères à l'entrée et à la sortie de la tumeur.

L'opération fut pratiquée le 17 septembre dernier, après chloroformisation du patient. M. Desprès essaya d'appliquer la bande d'Esmarch; mais il vit que cette application congestionnait considérablement la main, et il enleva bientôt l'appareil pour confier la compression des vaisseaux à des aides. Pendant la dissection de la tumeur, la fatigue des aides l'obligea de nouveau à essayer l'application de la bande d'Esmarch; mais il dut bientôt y renoncer

parce qu'il lui devenait impossible de voir d'où venait le sang. Il fit faire alors par ses aides la compression de la radiale, de la cubitale et de l'humérale, et put pratiquer ainsi la ligature de six artères ou artérioles qui donnaient du sang.

Cherchant ensuite le bout supérieur et le bout inférieur de l'artère anévrysmatique, il ne put parvenir à les trouver, et ce ne fut qu'après avoir incisé et vidé le sac qu'il réussit à reconnaître les deux bouts de l'artère et à les lier.

En résumé, il s'agissait d'un anévrysme de la radiale à sa partie terminale, c'est-à-dire au point où elle traverse l'espace interosseux pour s'anastomoser avec l'arcade palmaire.

M. Després appliqua un pansement par occlusion qui resta en place pendant dix-sept jours; les fils à ligature furent retirés alors; enfin, au trente-deuxième jour, la plaie était complétement cicatrisée sans avoir, à aucun moment, présenté le moindre signe d'inflammation.

Dans la discussion qui a suivi la présentation du malade de M. Després et que nous sommes forcés d'abréger, faute d'espace, plusieurs points intéressants ont été abordés par les divers membres qui y ont pris part.

MM. Nicaise et Trélat se sont étonnés que M. Després n'ait pas obtenu de meilleurs résultats de l'application de la bande d'Esmarch, et ils ont pensé que cette application avait été probablement défectueuse. Cette opinion, M. Després l'a confirmée en avouant qu'il est l'adversaire de l'appareil d'Esmarch et que, en conséquence, l'application qu'il en a faite avait pu se ressentir de ce sentiment d'hostilité.

Une assertion de M. Després disant que la compression digitale est absolument impuissante à guérir les anévrysmes de la main et qu'il faut toujours, dans ces cas, recourir à la méthode ancienne, cette assertion, disons-nous, a soulevé de nombreuses réclamations de la part de MM. Trélat, Verneuil, Marjolin, Polaillon, Lannelongue et Tillaux, qui tous ont cité des cas d'anévrysmes de la main guéris par la compression digitale. On a posé, à cet égard, une distinction entre les anévrysmes de l'arcade palmaire superficielle et les anévrysmes de l'arcade palmaire profonde, et l'on est convenu que la méthode ancienne est parfaitement applicable au traitement des anévrysmes de l'arcade palmaire superficielle, tandis que, dans la thérapeutique des anévrysmes de l'arcade palmaire profonde, le chirurgien doit tenter tous les moyens avant d'en venir à l'opération par la méthode ancienne, qui oblige aux plus graves délabrements.

— M. le docteur Blum a clos la séance par la lecture d'une curieuse observation avec présentation d'un malade auquel il a pratiqué l'opération de l'élongation du nerf radial. Nous reviendrons sur cette communication intéressante.

— Dans le courant de la séance, deux scrutins ont eu lieu : l'un pour l'élection d'un secrétaire général, en remplacement de M. Paulet; c'est M. de Saint-Germain qui a été nommé à la presque unanimité; — l'autre pour l'élection d'un membre titulaire; c'est M. le docteur Farabeuf, porté en première ligne, qui a été l'heureux vainqueur; il a obtenu 23 voix sur 25 votants; il avait pour concurrents MM. Berger, Terrillon, Nepveu et Pozzi.

— M. Giraud-Teulon offre en hommage un exemplaire de la deuxième édition de son livre ayant pour titre : L'ŒIL; *notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies.*

Dr A. TARTIVEL,
M.-A. de l'établis. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

POTION D'ACIDE SALICYLIQUE. — QUINARD.

Acide salicylique. . . . . 1 gramme.
Rhum . . . . } *ãã*. . 60 grammes.
Julep diacodé. . . . . }

Cette potion n'est autre chose que la potion de Todd des hôpitaux, additionnée d'acide salicylique.

Ou bien :

Acide salicylique. . . . . 2 grammes.
Rhum et sirop de sucre *ãã*. . . . . . . 60 —

Faites dissoudre.

Si on désire substituer au salicylate l'acide salicylique, on pourra essayer du salicylate de chaux, qui a été préparé par MM. Léger et Debœuf. Ce sel a une saveur légèrement sucrée; il se dissout, à la dose de 4 grammes, dans 100 gr. d'eau froide et, à la dose de 7 grammes, dans 100 grammes d'eau bouillante. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 30 Octobre 1783.

Magendie naît à Bordeaux. Un des fondateurs de la physiologie expérimentale, il s'est acquis, dans cet ordre de recherches, une réputation européenne. Quelques-uns de ses ouvrages sont restés longtemps classiques. — A. Ch.

COURRIER

Protestation des agrégés de la Faculté. — Les agrégés de la Faculté de médecine de Paris, réunis le 26 octobre 1877, ont adopté à l'unanimité les résolutions suivantes :

Considérant que le décret et l'arrêté ci-dessous visés lèsent les droits acquis par le concours de l'agrégation, et menacent de rendre illusoires les concours futurs,

Protestent :

Contre l'arrêté qui permet à des médecins et chirurgiens étrangers au corps de l'agrégation de prendre part à l'enseignement officiel de la Faculté de médecine et de participer aux examens ;

Contre l'arrêt ministériel du 11 octobre 1877, qui charge de cours complémentaires trois médecins des hôpitaux non agrégés. (Suivent les signatures.)

Faculté de médecine de Nancy. — Le directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Nancy prendra, à l'avenir, le titre de chef des travaux d'anatomie pathologique.

— M. Garnier (Léon), né à Bar-le-Duc, le 9 février 1855, est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Engel fils, démissionnaire.

— Sont nommés aides de clinique à la même Faculté, en remplacement de MM. Guyot et Deubel, démissionnaires :

MM. Schmitt (Marie-Xavier-Joseph), né à Strasbourg, le 11 février 1855 ;
Bugnot (Flavien-Henri), né à Neufchell (Moselle), le 26 novembre 1855.

Faculté de médecine de Lille. — M. Robillard (Louis-Hyacinthe-Malo-Émile), bachelier ès sciences, est nommé aide préparateur de physiologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

École de pharmacie de Nancy. — M. Haller, chargé des fonctions d'agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Nancy, est autorisé à faire à ladite École un cours complémentaire de chimie analytique pendant l'année scolaire 1877-1878.

École de pharmacie de Montpellier. — M. Collot, licencié ès sciences naturelles, pharmacien de 1re classe, est chargé provisoirement, pendant l'année scolaire 1877-78, des fonctions d'agrégé à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

École de médecine de Clermont. — M. Bertrand, professeur de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont, est autorisé à se faire suppléer pendant l'année scolaire 1877-78, par M. Huguet, suppléant à ladite École.

École de médecine d'Arras. — M. Leprieur, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est institué, en outre, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie près ladite École.

École de médecine de Rouen. — Un concours sera ouvert, le 1er mars 1878, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Hôpital de Lourcine. — *Conférences cliniques sur les affections de l'utérus et la syphilis.* — M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, recommencera ses conférences cliniques le *mercredi* 7 novembre 1877, à neuf heures, et les continuera les *samedis* et *mercredis*, pendant toute l'année scolaire 1877-1878.

Hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres, 149). — *Leçons sur le diagnostic de la méningite et des maladies nerveuses par l'ophthalmoscope.* — M. le docteur Bouchut.

La première leçon aura lieu le mardi 6 novembre, à 8 heures 1/2 du matin, et les autres les mardis suivants, à la même heure.

Démonstrations des figures à l'amphithéâtre au moyen de la lumière oxydrique.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Conseil municipal de la ville de Paris a eu certainement une idée humaine, mais certainement aussi il l'a formulée d'une façon malheureuse, ce qui étonne de la part d'un Conseil qui compte dans son sein un assez grand nombre de médecins. Voici comment il s'est agi, hier, du Conseil municipal à l'Académie de médecine.

La déplorable mortalité des enfants nouveau-nés préoccupe et inquiète à bon droit tous les esprits, et de tous côtés, science et administration cherchent les moyens de conjurer le péril social que présente l'état actuel des choses. On sait les terribles accusations qui pèsent sur l'allaitement mercenaire. On sait aussi les efforts tentés par les Sociétés protectrices de l'enfance, par l'Académie de médecine et par la loi elle-même due à l'initiative de notre savant confrère, M. Théophile Roussel, pour atténuer au moins les abominables résultats de l'allaitement mercenaire.

Le Conseil municipal de la ville de Paris a voulu aussi prendre part aux généreux efforts tentés de tous côtés pour l'amélioration d'une situation si triste. Mais, si le but était louable, on n'en peut dire autant du moyen proposé.

En effet, le Conseil municipal a offert à l'administration de l'Assistance publique les fonds nécessaires à l'institution, par cette administration, d'expériences en grand pour apprécier la valeur de l'allaitement artificiel.

Le conseil d'administration de l'Assistance publique a reculé devant cette proposition, et a répondu au Conseil municipal que cette administration ne consentirait à faire l'expérience demandée que si elle y était autorisée par l'opinion formelle d'un corps scientifique, tel que l'Académie de médecine.

Cette réponse de l'Assistance publique a été transmise à l'Académie de médecine par M. le préfet de la Seine, en lui demandant son avis sur la proposition du Conseil municipal de la ville de Paris.

La Commission de l'hygiène de l'enfance, par l'organe de M. Devilliers, a présenté hier son rapport sur cette question, et les conclusions de ce rapport, formellement négatives, malgré les efforts de M. J. Guérin et de M. Colin, ont été adoptées à la presque unanimité, après les observations présentées par M. le rapporteur, par M. Devergie, par M. Depaul, par M. Moutard-Martin et par M. Blot.

FEUILLETON

LE COLLÉGE ET LA MAISON DES ÉCOLES DE CHIRURGIE DE TROYES EN 1773.

A M. LE DOCTEUR AMÉDÉE LATOUR.

Il me faut vous dire, très-honoré maître, que j'habite, en la vieille ville de Troyes, une antique demeure qui fut jadis le Collége, la maison des Écoles de chirurgie, établies par les chirurgiens de cette ville, et ouvertes le 8 du mois de juin 1773, conformément aux statuts généraux de la chirurgie, et notamment à l'édit de 1772. Je vis sur les anciennes Écoles de la rue du Beau-Boucher, au bout de celle du Sauvage, tout contre les remparts ; elles portaient une belle inscription :

« *De his gloriam capimus, de quibus salutem speramus.* »

(TERTUL.)

Leur but principal était de permettre aux praticiens ou maîtres en chirurgie de campagne, du bailliage de Troyes, d'envoyer les élèves qu'ils avaient le droit de former, suivre au moins une année de cours dans le chef-lieu de leur district, ainsi que cela était prescrit ; et de faire de ces jeunes gens des chirurgiens-médecins instruits qui, plus tard, pourront quitter les appâts flatteurs qui les retiennent dans les villes, et « vivre de la vie plus austère de la campagne, sous la règle uniforme de la simplicité. »

Car il en était alors comme aujourd'hui, la ville attirait les médecins et les campagnes en

Il y a eu, dans cette affaire, évidemment un malentendu, nous aimons au moins à le croire, car nous ne pouvons admettre que le Conseil municipal de la ville de Paris, où ne manquent pas surtout des lumières spéciales, ait pu demander une expérimentation en grand sur de petits êtres humains, comme on pourrait la pratiquer sur de jeunes chiens ou autres bêtes. Cette expérimentation, selon l'austère expression de M. Devergie, serait immorale.

Assurément, le Conseil municipal de Paris n'a pas suffisamment réfléchi sur sa proposition, et n'a rien voulu demander d'immoral.

Laissant donc de côté la demande, qui ne saurait aboutir, d'une pareille expérimentation, la question de l'allaitement artificiel reste entière. A peine a-t-elle été effleurée par la courte discussion qui a eu lieu, discussion un peu passionnée d'ailleurs. Tout n'était pas à reprendre et à rejeter dans les opinions exprimées par M. J. Guérin sur l'allaitement artificiel. S'il avait bravement repoussé la proposition du Conseil municipal, et fait ses réserves sur la valeur de l'allaitement artificiel pratiqué dans des conditions déterminées, il aurait pu avec plus de confiance invoquer l'avenir, auquel il a fait un appel suprême.

M. Verneuil a terminé la séance par la lecture d'un mémoire pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche, avec remarques sur les procédés opératoires et le mode de pansement.

Cette question est également à l'ordre du jour de la Société de chirurgie. Triste et bien chanceuse opération que celle où, d'après une statistique récente, on comptait 50 décès sur 50 cas. M. Verneuil réhabilitera-t-il cette opération? A. L.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

Hôpital de la Charité. — M. le professeur GOSSELIN.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES DIVERSES VARIÉTÉS D'ARTHRITES

Nous avons actuellement dans le service cinq malades atteints d'affections graves du genou, datant les unes de plusieurs mois, les autres de plusieurs années, et que nous appellerons, si vous voulez, des arthrites chroniques.

Quand nous prononçons ce mot : arthrite chronique, nous nous préoccupons beaucoup de la question de savoir si cette arthrite est de celles qui peuvent guérir

---

étaient dépourvues; ainsi, sur 80 chirurgiens de campagne répandus dans le bailliage de Troyes, un seul était médecin. Aussi, disaient les professeurs champenois, « jusqu'à présent, le zèle de la médecine n'a éclaté que pour les villes : *Urbi lucet et non orbi.* »

Cependant, dans les campagnes, le médecin était alors une petite autorité, un notable; car, si je me reporte à l'arrêt du Conseil d'État du roi en date du 10 août 1756, j'y vois que « les maîtres en l'art et science de chirurgie du royaume, qui exerceront purement et simplement leur profession, jouiront, en qualité de notables bourgeois des villes et lieux de leur résidence, des honneurs, distinctions et priviléges dont jouissent les autres notables bourgeois; ils pourront, en conséquence, être pourvus des offices municipaux des villes, seront exempts de taille, de gué, de garde, de corvée et autres charges publiques; on ne pourra les comprendre dans les rôles des arts et métiers, ni assujettir leurs élèves au sort de la milice, etc. » Pour la modeste École troyenne, j'ai trouvé, dans les archives, *les Fastes publiques,* que tous les magistrats et tous les chefs municipaux avaient tenu à honorer leur ouverture de leur présence et à assurer, par leurs signatures, leur protection entière à la chirurgie.

Voyons maintenant quel était le plan des leçons; les différentes matières étaient traitées successivement par plusieurs maîtres :

Physiologie, en mai et juin;
Pathologie, en juillet et août;
Thérapeutique, en septembre;
Ostéologie sèche, en octobre;
Anatomie, en novembre, décembre et janvier;
Opérations, en février et mars.

en laissant les mouvements de l'articulation se rétablir et en permettant aux tissus de revenir à leur état normal; ou bien si elle appartient à la catégorie de ces maladies articulaires qui entraînent après elles la suppression des mouvements en partie, sinon en totalité, ou qui, en même temps, s'accompagnent d'une certaine tendance à la suppuration et au développement d'autres maladies graves nées sous l'influence de la même cause générale.

Un autre point qui appelle ensuite la sollicitude du chirurgien, c'est de savoir si, au moment où il observe le malade, il lui est possible de reconnaître que l'articulation est ou n'est pas profondément désorganisée dans une de ses parties constituantes, essentiellement importantes, le cartilage articulaire. Telle est l'étude que nous allons appliquer aux trois catégories de malades que nous avons actuellement dans nos salles.

En voici un d'abord qui est couché au nº 26 de la salle des hommes, et chez qui nous ne saurions avoir aucun doute, relativement au diagnostic anatomique, mais au sujet duquel il reste encore dans notre esprit quelques incertitudes en ce qui concerne certaines parties de ce diagnostic.

C'est un homme de 48 ans, qui souffre du genou droit depuis seulement deux mois. Avant que son articulation ne fût devenue douloureuse, il a eu une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu pour lequel il a fait un assez long séjour dans le service de M. Laboulbène. Toutefois, il n'est pas très-explicite à ce sujet, car, sans être dénué d'intelligence, il présente une certaine excitation intellectuelle qui tient à des habitudes alcooliques fréquentes. Quoi qu'il en soit, quand cet homme est entré dans nos salles, les autres articulations étaient débarrassées et il ne présentait plus que qoelques symptômes du côté du genou droit.

En bien, cherchant à résoudre le problème anatomique et étiologique que je posais tout à l'heure, je me demande si l'affection que présente ce malade est de celles qui permettent le rétablissement des mouvements et le retour à l'état normal de l'articulation, ou bien de celles qui doivent suppurer et se compliquer de maladies du côté des reins ou des poumons.

A cet égard, ce que l'on peut affirmer d'une manière positive, c'est que l'arthrite dont il s'agit ici n'appartient pas à la variété de ces maladies du genou constituées par un développement de tissu mollasse, grisâtre, plus ou moins vasculaire, avec formation de ces cellules embryonnaires que l'on désigne sous le nom de fongosités. Ici, au contraire, nous avons un gonflement produit par le développement

---

Les leçons se faisaient publiquement tous les mardi et jeudi libres de chaque semaine, à deux heures de l'après-midi. Indépendamment de ces cours, des leçons sur les accouchements étaient faites en faveur des élèves et des sages-femmes, pendant le courant des mois de juillet et août, tous les mercredi et samedi de chaque semaine.

En outre, les chirurgiens de Troyes voulant arracher les pauvres à l'avidité meurtrière des charlatans, rebouteurs, distributeurs d'onguents et de remèdes dont la société était infectée, donnaient toutes les après-midi des samedi de chaque semaine des consultations gratuites en faveur des pauvres de la ville et de la campagne, et leur distribuaient aussi gratuitement les onguents et autres remèdes nécessaires à la guérison de leurs maux, en leur école de la rue du Beau-Boucher; et ces consultations avaient lieu en présence des élèves dont elles devenaient en quelque sorte les premiers éléments de pratique.

Et ils avaient bien raison, les braves professeurs, de vouloir lutter contre l'exercice illégal de l'art et les nombreux suppôts du charlatanisme d'alors; en voulez-vous quelques exemples? J'ai sous les yeux un manuscrit qui indique les grands remèdes empiriques du temps.

J'en prends quelques-uns au hasard :

« Pour les yeux, de quelque sorte de mal que ce soit : Prenez, eufraise, célidoine, ana, une demi-livre; lait de chèvre, une livre; gimgembre et massic ana, une once; aloès, une demi-once; vitriol blanc, trois onces, faites le tout tremper pendant quatre jours et distiller au feu de sable très-doucement, cela estant, vous aurez une cuiller de fer toutte neufve estant rougie de feu, vous mettrez dedans un morceau de tutie sans estre en poudre; estant rouge, vous l'étendrez dans la dite eau et la laisserez reposer et retirerez et ferez rougir et étendre dans ladite eau jusques à neuf fois, et l'ayant bien laissée reposer la dernière fois vous la verserez dans une bouteille de verre pour vous en servir au besoin. Cette eau a cousté, à la

particulier d'un tissu un peu dur, assez résistant pour qu'il soit impossible de distinguer, à la palpation, ce qui appartient aux os ou aux autres éléments de l'articulation. Le genou, en un mot, présente une surface uniformément arrondie, avec un peu d'épaississement partout. J'ai cherché avec soin, en effet, comme je le fais toujours dans les cas de ce genre, si cet épaississement était plus prononcé du côté de la tubérosité externe du tibia que dans tout le reste de l'articulation. L'examen ne m'a rien appris à ce sujet; et, comparant le genou de cet homme avec celui de deux autres malades couchés, l'un au nº 39 de la salle des hommes, l'autre au nº 21 de la salle des femmes, et qui ont incontestablement, tous les deux, une tumeur blanche fongueuse de cette articulation, je n'ai pas trouvé chez lui ce boursouflement un peu plus prononcé au niveau de la tubérosité externe du tibia que l'on rencontre chez ceux-ci.

De plus, l'origine de la maladie dont cet homme est affecté, me paraît bien franchement rhumatismale. Il a eu, en effet, un rhumatisme articulaire aigu; puis celui-ci, après avoir quitté les autres articulations, a persisté au genou sans prendre le caractère de synovite fongueuse.

D'autre part, je n'ai pas trouvé d'épanchement dans l'articulation, mais j'ai constaté un peu de mobilité latérale et en même temps une limite extrême dans l'accomplissement des mouvements naturels. C'est ainsi qu'il est impossible d'imprimer au genou des mouvements d'extension ou de flexion qui aillent au delà de quelques millimètres.

Ceci posé, comment caractériserons-nous la maladie? Quel diagnostic anatomique et étiologique établirons-nous, d'après les phénomènes que nous venons d'observer?

Eh bien, les antécédents de cet homme démontrent, d'une manière évidente, qu'il s'agit chez lui d'une arthrite de nature rhumatismale. C'est une arthrite avec épaississement de la synoviale dû au dépôt de produits inflammatoires dans l'articulation, et aussi avec un degré de vascularisation plus considérable qu'à l'état normal, sans toutefois que cette vascularisation exagérée ait été portée assez loin pour donner à la synovite la forme hydropique.

Cet épaississement particulier de la synoviale se rencontre dans cette variété que j'ai désignée sous le nom de synovite plastique; ce qui veut dire qu'avec cet épais-

---

reine d'Angleterre, 400 pièces d'or pour avoir le secret sans lequel elle aurait perdu la veue. »

Voici maintenant « l'onguent merveilleux pour toutes sortes de blessures, et particulièrement lorsque l'artère est picquée par Monseigneur le comte de Montgommery. »

« Faut prendre des couleuvres et jetter les testes, puis les escorcher et aussi jetter la peau et les désosser, et prendres la chair avec de la sauge franche et faire cuire le tout ensemble jusques à concistence d'onguent, puis passez le tout dans un tamis. Excellent même pour les mamelles des femmes quand elles y ont mal. Faut faire une emplastre sur du cuir de mouton et laisser ladite emplastre vingt-quatre heures et ensuite l'essuyer; elle servira huit jours en l'essuyant tous les jours, et à toutes sortes de maux la même chose. »

Et n'allez pas croire que les reines et les grands seigneurs seuls se mêlaient des remèdes merveilleux, les gens qui auraient dû à cette époque avoir le plus d'instruction, les ecclésiastiques, imaginaient parfois des onguents merveilleux et incroyables. J'ai sous les yeux un remède assuré d'un abbé Rousseau, qui est le sublime du genre; mais je n'en tarirais pas, et cependant c'est amusant à parcourir.

Il fallait arracher la population malheureuse à ces déplorables pratiques, en l'attirant aux consultations de l'École, sans lui faire payer ses médicaments; utiliser, pour l'instruction des élèves, les cas nombreux qu'elle pouvait présenter.

A la fin du cours annuel, des certificats étaient délivrés aux élèves; ils étaient plus ou moins avantageux dans le jugement porté, suivant la fréquentation de l'École, les preuves publiques de capacité par des réponses à différentes questions professionnelles, et enfin suivant l'assiduité aux consultations pour les pauvres.

Ces certificats (article V de l'édit de 1772) étaient signés par les professeurs, visés par les lieutenants et prévôts des Colléges et Communautés de chirurgiens, et légalisés par les juges des lieux, sous peine de nullité. Ce même édit leur accordait la même valeur qu'à ceux de l'École de Paris.

Dr GUICHET.

sissement de la séreuse articulaire par des produits inflammatoires nouveaux, il y a souvent aussi un dépôt de néomembranes à la surface interne de la synoviale, soit du côté qui correspond à cette surface, soit au niveau des cartilages articulaires.

Malheureusement, nous manquons de moyens de diagnostic pour distinguer entre elles la synovite plastique interstitielle sans dépôt de fausses membranes, et la synovite néomembraneuse avec dépôt de produits inflammatoires dans l'épaisseur de l'articulation. A cet égard, l'on ne peut avoir que des présomptions, et cette incertitude est liée à une autre condition qui est celle-ci :

Je vous ai dit souvent que, lorsqu'une articulation était malade depuis longtemps, quelle que fût d'ailleurs l'étiologie de l'affection articulaire, et que celle-ci s'accompagnât ou non de l'inflammation de la synoviale, les cartilages diarthrodiaux, puis, s'il s'agit du genou, les cartilages semi-lunaires avaient une certaine tendance à se léser puis à se détruire. Cette condition nous frappe beaucoup dans les tumeurs blanches, parce que cette variété de maladies articulaires est une de celles dont nous avons le plus souvent l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique, tandis qu'il ne nous est pas donné aussi facilement de nous livrer aux mêmes recherches pour des arthrites qui ne nécessitent pas l'amputation du membre ou qui n'entraînent pas la mort des malades; mais, dans les quelques cas que l'on en rencontre, on voit, même alors que la maladie n'est pas fongueuse, pourvu qu'elle soit de date un peu ancienne, que les cartilages, après avoir d'abord commencé par s'altérer par places et présenté cet état particulier que l'on désigne sous le nom d'altération velvétique, s'ulcèrent, puis finissent par disparaître complétement si la thérapeutique a été impuissante à enrayer les progrès de la maladie.

Eh bien, tel est le point qu'il nous importerait de connaître : l'état des cartilages, et qui fait qu'il est très-difficile de porter, dans les cas de ce genre, un diagnostic complet ; puis, d'après la nature de celui-ci, d'établir le pronostic, et je dirai volontiers le traitement de la maladie.

Mais, nous préoccupant seulement, chez ce malade, de la mobilité latérale que nous avons constatée, surtout dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital, nous nous demandons quelle est la valeur de ce signe. Indique-t-elle une lésion des tissus articulaires dont la présence, à l'état normal, empêche la mobilité latérale de se produire quand le membre est dans l'extension? Et quelle est la cause de ces mouvements de latéralité?

Ils pourraient tenir au ramollissement des ligaments latéraux et croisés, mais dans ces arthrites plastiques d'origine rhumatismale et qui présentent en même temps un certain signe de congestion avec épaississement de la synoviale, il est peu ordinaire de voir les ligaments ramollis à un tel point. Au contraire, dans la variété que nous étudions, les ligaments ont de la tendance à devenir plus denses et plus résistants, différant en cela de ce qui a lieu dans les tumeurs blanches fongueuses. Aussi les recherches auxquelles un de nos internes de l'an dernier, M. R. Moutard-Martin, s'est livré à ce sujet, nous ont-elles conduit à considérer comme une des causes de la mobilité latérale, dans ces circonstances, la diminution ou même la disparition des cartilages semi-lunaires. Or, si ces derniers ont disparu en partie ou en totalité, il en a probablement été de même des cartilages d'encroûtement; seulement, il nous est impossible de distinguer jusqu'à quel degré est arrivé cet amoindrissement ou cette disparition du tissu cartilagineux, et c'est là encore un des *desiderata* de la clinique. Ignorance regrettable, parce que nous ne savons pas si l'articulation est susceptible de recouvrir ses mouvements fonctionnels normaux, ou bien si la guérison ne peut s'obtenir qu'au prix d'une ankylose complète et en étant exposée à ces poussées inflammatoire fréquentes qui caractérisent l'arthrite sèche.

D'autre part, si nous pouvions savoir à quel degré d'altération, en ce qui concerne les cartilages, est arrivée une maladie articulaire semblable à celle que nous avons sous les yeux, la connaissance de ce point nous conduirait à des indications thérapeutiques plus précises, à agir plus franchement, de manière à établir l'ankylose

pour soustraire le malade aux inconvénients qui résultent de la présence d'une arthrite sèche avec mouvements de latéralité. Toutefois, comme malgré cette incertitude il me paraît plus avantageux pour ce malade d'avoir une articulation mobile qu'une ankylose, j'agirai de manière à réaliser la première de ces conditions. Pour cela, nous favoriserons la résolution de ce qui reste d'épanchement dans la synoviale par l'emploi des bains sulfureux, des frictions iodurées; nous permettrons à l'articulation d'accomplir quelques mouvements destinés à faciliter le retour des mouvements physiologiques, sans lui imposer toutefois un trop grand exercice. Mais, tout en conseillant à cet homme de faire exécuter quelques mouvements à son genou malade, je ne lui permettrai pas de marcher avec son articulation laissée en liberté. Dans ce but, nous lui ferons donner des béquilles, et nous veillerons même à ce que, pendant les quelques heures qu'il consacrera à la marche, son genou soit immobilisé. En effet, même avec des béquilles, l'articulation malade peut tourner en dehors ou en dedans, et cela avec une facilité d'autant plus grande qu'il existe chez lui de la mobilité latérale. Cet accident aurait pour effet de distendre les ligaments et de provoquer un retour d'inflammation.

Appliquant maintenant ces mêmes idées générales à deux autres malades qui sont actuellement : l'un au nº 39 de la salle des hommes; l'autre au nº 21 de la salle des femmes, j'arrive également chez eux à un diagnostic positif sur certains points, mais entouré de quelques incertitudes sur d'autres. Chez l'un et chez l'autre, nous trouvons, en effet, tous les signes caractéristiques d'une synovite fongueuse, c'est-à-dire constituée par un tissu qui n'est pas susceptible, au moins chez les adultes, de disparaître par résolution, comme cela a lieu pour les synovites plastiques; qui, d'autre part, a de la tendance à la suppuration, si la thérapeutique ne parvient pas à l'arrêter dans son évolution, et en même temps à la destruction des divers tissus qui constituent l'articulation, notamment des cartilages diarthrodiaux et semi-lunaires.

Ce diagnostic de synovite fongueuse nous est indiqué d'abord par le volume du genou; puis par l'ancienneté de la maladie qui remonte à dix-huit mois chez l'un, à trois ans chez l'autre; enfin par la conservation d'un certain nombre de mouvements normaux.

Il n'est pas ordinaire, en effet, de voir une arthrite rhumatismale s'accompagner d'un gonflement aussi considérable avec conservation des mouvements. D'autre part, ce gonflement est mollasse, constitué par un tissu épais, mou, non résistant, se laissant facilement déprimer sous le doigt, sans toutefois donner lieu à une sensation de fluctuation. De plus, ce qui est encore favorable à ce diagnostic, c'est que nous avons, au côté externe du genou, cette bosselure dont je vous ai déjà dit quelques mots au commencement de cette leçon, et qui, quand elle existe, est un indice, j'oserai presque dire certain, de l'état fongueux de la synoviale. Enfin, ce diagnostic est encore confirmé par l'absence complète, chez ces malades, d'antécédents traumatiques et rhumatismaux.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE SUR LES ARTHROPATHIES SURVENANT DANS LE COURS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE, par le docteur Joseph MICHEL. Thèse de Paris, 1877; G. Masson.

L'étude des arthropathies ataxiques est de date récente. Si, dès 1831, Mitchell appela l'attention sur les arthrites consécutives à certaines lésions traumatiques ou spontanées de la moelle, ce n'est qu'en 1868 que M. Charcot signala les arthropathies propres à l'ataxie locomotrice progressive, créant ainsi un nouveau groupe distinct et nettement défini au milieu des affections articulaires d'origine nerveuse.

Après avoir indiqué, dans quelques pages d'historique, les sources auxquelles il a puisé les matériaux de son travail, M. Michel aborde l'étude de l'anatomie pathologique, qu'il divise en deux parties : lésions périphériques, lésions centrales.

Les premières sont l'objet d'une description détaillée. Infiltration œdémateuse du membre,

gonflement articulaire, épanchement, épaississement de la capsule et des ligaments, destruction complète ou partielle de la synoviale, altérations osseuses, depuis la simple éburnation jusqu'à la résorption et à la disparition caractéristique des extrémités articulaires, tout est étudié avec soin, exposé avec clarté. Ce tableau des lésions de l'arthropathie ataxique demanderait à être complété par la description des caractères histologiques. Malheureusement, les observations font défaut, et M. Michel ne peut citer qu'un cas dans lequel M. Liouville examina l'état des cartilages et des os. Malgré l'insuffisance de ces renseignements, l'auteur conclut, d'après les données anatomiques, à la séparation de l'arthropathie ataxique et de l'arthrite sèche, contrairement à l'opinion émise par MM. Ranvier et Cornil.

Quant aux lésions médullaires, peut-on dire exactement en quoi elles consistent? Dans certains cas seulement, on a noté une atrophie des cellules des cornes antérieures, ou une altération mal définie de la substance grise; d'autres fois, on n'a rien trouvé. Est-ce donc une simple coïncidence, ou bien y a-t-il entre ces altérations médullaires et l'arthropathie un rapport de cause à effet? Cette dernière hypothèse ne doit être admise que sous toutes réserves; dans l'état actuel de la science, il faut rester dans le doute jusqu'à ce que de nouvelles observations permettent d'être plus affirmatif dans un sens ou dans l'autre.

C'est surtout depuis les travaux de MM. Charcot et Vulpian que les symptômes des arthropathies ataxiques sont bien connus. Début brusque, gonflement rapide et d'emblée très-considérable, précédé ou non de craquements articulaires, survenant le plus souvent sans cause occasionnelle, sans réaction générale ou locale; plus tard, altérations osseuses, atrophie des épiphyses, élongation des ligaments, distension des capsules, luxations aussi faciles à réduire que difficiles à maintenir réduites, tels sont les traits principaux de la maladie. Toujours rapide à son début, elle suit une marche variable; mais lors même qu'elle paraît s'améliorer, il faut toujours craindre les rechutes et les récidives. M. Michel insiste encore sur l'apparition précoce des accidents articulaires, et sur leurs siéges de prédilection, le genou et l'épaule. Par l'examen comparatif de plusieurs observations, il réfute l'opinion de M. Ball qui, croyant l'épaule droite plus fréquemment atteinte, voyait dans l'exercice et la fatigue une cause prédisposante des arthropathies.

« Étant donnée une articulation malade, peut-on dire, sur la table de l'amphithéâtre, si on « a affaire à une arthropathie ataxique ou à toute autre lésion? » Oui, surtout si la lésion est avancée. Eh bien, il en est de même en clinique, dès le début de la maladie, et cela par l'examen de l'articulation plus que par la coïncidence des symptômes généraux, car un ataxique peut être atteint d'une arthrite quelconque. On lira avec intérêt le diagnostic différentiel de l'arthrite sèche et de l'arthropathie ataxique, qu'il ne faut pas non plus confondre avec l'arthrite syphilitique ou les autres manifestations articulaires d'origine nerveuse.

Après avoir dit quelques mots du pronostic, toujours réservé, et du traitement, malheureusement peu efficace, M. Michel consacre un chapitre important à la physiologie pathologique. C'est à elle qu'il demande ce que l'anatomie pathologique n'a pu lui apprendre, puisque le résultat des examens histologiques est resté souvent négatif, et que rien, par conséquent, n'autorise à voir, dans les lésions des cornes antérieures, la cause directe des arthropathies. Mais, après avoir étudié et discuté des questions capitales, telles que l'influence du système nerveux et des nerfs vaso-moteurs sur la nutrition, l'existence et l'action des nerfs trophiques, la pathogénie des inflammations et des atrophies réflexes, aurons-nous une opinion plus arrêtée? Non. Nous resterons en présence de trois hypothèses que l'auteur formule comme il suit dans ses conclusions :

« Ou bien c'est la paralysie vaso-motrice qui produit la cause adjuvante des arthropathies, « et la cause efficiente serait un léger traumatisme.

« Ou bien, elles naîtraient par irritation nerveuse et exagération de l'acte trophique.

« Ou bien, le système nerveux manifesterait son action par voie réflexe. »

M. Michel n'avait pas à se prononcer. Ce n'était pas d'ailleurs son but. Ce qu'il cherchait, c'était à présenter un tableau fidèle des arthropathies ataxiques. Il y a réussi. Ajoutons que vingt-trois observations, placées à la fin de sa thèse, viennent à l'appui des faits et des opinions qu'il expose.

Il y a encore beaucoup à dire sur certains phénomènes singuliers qui se produisent dans le cours de l'ataxie locomotrice. Telle est, par exemple, la rapidité de formation et l'exubérance du cal dans les fractures des ataxiques. Dans son introduction, M. Michel nous promet une étude sur ce sujet. La lecture du travail que nous venons d'analyser nous fait désirer la publication prochaine de celui qui nous est annoncé.

G. Humbert.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le rapport général de M. le médecin-inspecteur des eaux de Cauvalat (Gard) pour la saison de 1875. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Victor Renoir, accompagnant l'envoi d'un ouvrage intitulé : *Les eaux potables causes des maladies épidémiques*.

2° Une lettre de M. Desormeaux, qui se porte candidat pour la section de pathologie chirurgicale.

3° Une lettre de M. Riche, qui se porte candidat pour la section de pharmacie.

4° Une lettre de M. le docteur Le Duc (de Versailles), qui sollicite le titre de membre correspondant national.

5° Une note de M. le docteur Frouin, de Saint-Nicolas (Côtes-du-Nord), intitulée : *Quelques considérations sur la pratique de la vaccine dans les campagnes.*

2° Une note de M. Victor Tixier, de Saint-Pont (Allier), intitulée : *Fixation des images sur la rétine.* (Com. MM. S. Raynaud, J. Lefort, Giraud-Teulon.

—

M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau de l'Académie un volumineux manuscrit de Peyrilhe; il s'agit de la suite de son *Histoire de la chirurgie.* Ce manuscrit avait été légué par Peyrilhe à Antoine Dubois, son élève et son ami. On se souvient que Peyrilhe, qui fut professeur à l'École de santé, mourut en 1804. On sait aussi que le premier volume de l'*Histoire de la chirurgie* a été rédigé et publié par Dujardin, et que Peyrilhe a continué l'œuvre de Dujardin. Le temps n'a permis à Peyrilhe que de publier le second volume. Le troisième et peut-être le quatrième ont été laissés par Peyrilhe en manuscrits. Ce sont ces manuscrits que les héritiers de la famille Dubois offrent aujourd'hui à l'Académie. Ils conduisent l'histoire de la chirurgie jusqu'à la fin du XVIe siècle, et sont, au dire de Dezeimeris, qui les a eus entre les mains, un véritable « trésor d'érudition. »

Le conseil de l'Académie se propose de demander à M. le ministre de l'instruction publique d'autoriser l'Académie à faire imprimer aux frais de l'État, c'est-à-dire à l'imprimerie nationale, le complément de l'œuvre remarquable de Peyrilhe.

Des remerciments seront adressés, au nom de la Compagnie, aux héritiers d'Antoine et de Paul Dubois.

—

M. Devilliers lit, au nom d'une commission dont il fait partie, la *Réponse à M. le ministre de l'agriculture et du commerce au sujet d'un projet d'établissement pour l'allaitement artificiel.*

La commission est d'avis qu'il serait dangereux de donner suite à l'idée émise par le Conseil municipal de Paris, au sujet d'un établissement à Paris, ou ailleurs, d'expériences en grand pour l'allaitement artificiel des enfants en bas âge.

Mieux vaudrait que les sommes destinées, par le Conseil municipal, à fonder et entretenir un établissement de ce genre, fussent réparties sous forme de prime d'encouragement aux mères-nourrices et aux mères qui garderaient leurs enfants auprès d'elles.

M. Jules Guérin dit qu'il ne peut ni adopter ni appuyer les conclusions du rapport de la commission. Les membres de cette commission ne lui paraissent pas avoir suffisamment compris le but et la signification de la proposition faite par le Conseil municipal de Paris. Celui-ci propose des fonds pour instituer des expériences dans le but d'améliorer, suivant les données de la science, les conditions de l'allaitement artificiel. M. Jules Guérin ne comprend pas pourquoi on refuserait ces fonds, car, enfin, s'il est vrai, comme il n'est pas possible de le nier, que, dans certaines circonstances, on n'a, faute de mère ou de nourrice, d'autre ressource que l'allaitement artificiel, un pareil refus serait sans motif et sans excuse.

Depuis vingt ans, d'après M. J. Guérin, l'allaitement artificiel a fait de grands progrès, en raison des lumières que la science a répandues sur cette importante question. Le dernier mot n'est pas dit sur ce sujet, et c'est un véritable service à rendre à la science et à l'humanité que d'accueillir favorablement une proposition destinée à éclairer les populations sur les avantages et les inconvénients de l'allaitement artificiel.

M. J. Guérin conjure donc l'Académie d'accepter les fonds proposés, sauf à indiquer les plans et les moyens d'en faire le meilleur usage possible.

M. DEVILLIERS ne croit pas que la question de l'allaitement artificiel ait fait, depuis vingt ans, les grands progrès dont a parlé M. Guérin. Du moins les résultats de ce mode d'allaitement n'ont pas changé ; ils sont désastreux, comme l'indiquent les statistiques les plus autorisées.

Quant aux fonds, M. le rapporteur pense qu'il vaudrait beaucoup mieux les employer en secours à distribuer aux mères, qui s'en serviraient soit pour améliorer leur régime et par conséquent leur lait, si elles nourrissent elles-mêmes leurs enfants, soit pour pratiquer l'allaitement artificiel dans de meilleures conditions.

M. Jules GUÉRIN n'admet pas qu'on puisse nier les progrès faits depuis vingt ans par l'allaitement artificiel. Quand ce progrès se bornerait à avoir séparé l'allaitement artificiel de l'alimentation prématurée, ce résultat serait déjà assez grand pour lui mériter d'être pris en considération. Mais l'allaitement artificiel, considéré en lui-même, a certainement fait de grands progrès et il est destiné à en faire de plus grands encore, à condition que l'on ne refusera pas systématiquement les moyens d'en rechercher et d'en expérimenter les meilleurs procédés.

M. DEVILLIERS rend justice aux efforts si intelligents faits par M. J. Guérin pour améliorer les conditions de l'allaitement artificiel et, en particulier, pour le séparer de l'alimentation prématurée ; malheureusement les résultats n'ont pas répondu à ses efforts, et l'on sait, par les témoignages irrécusables des médecins qui se sont occupés de cette question, que, dans les localités où cet allaitement est pratiqué avec le plus de soin et d'intelligence, en Normandie, par exemple, la mortalité des enfants ainsi allaités est énorme et n'est pas moindre de 35 p. 100. Il n'y a donc pas lieu, suivant M. Devilliers, d'accepter des fonds destinés à favoriser un allaitement que l'expérience permet de considérer comme désastreux.

M. COLIN appuie la demande faite par M. Jules Guérin d'accepter les fonds proposés par le Conseil municipal de Paris. Selon lui, il y a des expériences à faire, suivant les nouvelles données de la science, relativement à l'allaitement artificiel. Grâce aux procédés perfectionnés de la chimie, on peut aujourd'hui modifier le lait des animaux que l'on donne aux enfants, de manière à le rendre analogue au lait de femme. On élève des animaux parfaitement bien par l'allaitement artificiel ; M. Colin ne voit pas pourquoi on ne réussirait pas de la même façon à élever des enfants. L'Académie devrait donc accepter avec empressement les propositions du Conseil municipal de Paris.

M. DEVERGIE considère comme immorale l'expérimentation proposée.

M. DEPAUL partage l'opinion que vient d'exprimer M. Devergie, et approuve les conclusions de la commission. Suivant lui, il est démontré que l'allaitement artificiel produit les résultats les plus désastreux, même lorsqu'il est parfaitement pratiqué; ce serait se rendre complice d'une sorte sorte de massacre des innocents que d'accueillir des fonds destinés à fonder un établissement où ce mode d'allaitement serait pratiqué sur une grande échelle, comme le propose le Conseil municipal de Paris.

Quant à l'opinion exprimée par M. Colin, qu'il serait possible de composer, par les procédés de la chimie, un lait artificiel analogue au lait de femme, M. Depaul ne saurait trop s'élever contre elle. Il faudrait, dans ce cas, mettre un chimiste auprès de chaque femme, pour déterminer l'exacte composition de ce lait. D'ailleurs, de ce que l'on réussit à élever des veaux et des agneaux par l'allaitement artificiel, il ne s'ensuit pas que le même mode d'allaitement convienne aux enfants, que l'on a le tort de trop assimiler aux petits des animaux. L'expérience a démontré que l'allaitement artificiel, même pratiqué avec le plus grand soin, dans les familles aisées, et avec le secours de la chimie, est désastreux pour les enfants qu'il voue pour ainsi dire à une mort certaine. M. Depaul déclare s'associer complétement aux conclusions de la commission.

M. BLOT approuve entièrement ce que vient de dire M. Depaul. Il fait partie, avec M. Depaul et d'autres membres de l'Académie, de la commission nommée pour expérimenter la vaccination animale, et il a eu l'occasion de voir ce que devenaient les veaux vaccinifères allaités artificiellement ; leur état de maigreur et de dépérissement était tel, que les bouchers ne consentaient à les acheter qu'à la condition d'une réduction de prix considérable.

Divers membres : Aux voix ! aux voix les conclusions de la commission !

M. J. GUÉRIN : Je demande la parole ! Il est impossible que l'Académie laisse étouffer ainsi une question aussi importante que celle de l'allaitement artificiel. Les statistiques sur lesquelles s'appuient les adversaires de ce mode d'allaitement sont absolument fausses. Quand

on songe qu'un médecin de Besançon, opposé d'abord à l'allaitement artificiel, s'y est converti ensuite, et a pu élever 7 enfants par ce moyen avec le succès le plus complet ; quand on songe encore qu'une femme a élevé de la même manière, 90 enfants, sans en perdre un seul, il est impossible de ne pas être frappé des bons résultats que l'on peut obtenir par ce mode d'allaitement intelligemment pratiqué. Il ne faut pas que l'on dise que l'Académie a refusé de l'expérimenter, alors qu'on lui en proposait les fonds et les moyens.

M. Moutard-Martin croit devoir déclarer qu'il a fait partie de la commission du conseil de l'Assistance publique, qui a été chargée d'examiner la proposition faite par le Conseil municipal de Paris. C'est d'après l'avis de cette commission que le conseil de l'Assistance publique a saisi l'Académie de cette question. Le conseil avait, d'ailleurs, résolu d'avance la question, dans le sens des conclusions de la commission de l'Académie.

M. le Président met aux voix ces conclusions; elles sont adoptées à une très-grande majorité.

M. Jules Guérin : Dans vingt ans, l'Académie, si elle est de nouveau consultée, votera le contraire !

—

M. Jaccoud demande à faire la rectification d'une erreur qui s'est glissée dans le comple rendu de l'une des dernières séances. M. Sée a dit que M. Jaccoud avait eu des accidents par l'administration du salicylate de soude, parce qu'il avait donné ce médicament à la dose de 15 grammes en un seul jour. C'est là une erreur; jamais M. Jaccoud n'a donné plus de 10 grammes de salicylate de soude dans les vingt-quatre heures.

—

M. Verneuil lit un travail intitulé : *Faits pour servir à l'histoire de la désarticulation de la hanche. Remarques sur les procédés opératoires et le mode de pansement.* — Voici les conclusions de ce travail :

1° La désarticulation de la hanche comporte et comportera toujours un pronostic grave, d'une part, en raison des dangers inhérents aux affections qui la nécessitent, de l'autre, à cause des accidents traumatiques auxquels elle expose, à titre de grande blessure.

2° Impuissants contre les premiers périls, nous pouvons prévoir et combattre, prévenir surtout les accidents traumatiques, en acquérant la connaissance exacte de leur origine et de leurs causes.

3° Parmi ces accidents, il faut noter au début la perte de sang trop considérable pendant l'opération, et plus tard la septicémie.

4° A la crainte si fondée de l'hémorrhagie opératoire, on a opposé plusieurs expédients : rapidité extrême de l'exécution, compression préalable de la fémorale, de l'iliaque externe, de l'aorte, ligature préliminaire ou successive des vaisseaux fémoraux, etc., lesquels sont trop souvent inapplicables, insuffisants, incapables de réaliser l'économie du sang.

5° Le meilleur moyen d'atteindre ce but si désirable consiste : d'abord à refouler dans l'économie le sang contenu dans le membre, à l'aide de la bande élastique, puis à enlever la cuisse comme s'il s'agissait d'une volumineuse tumeur, en découvrant et en liant les vaisseaux principaux avant de les ouvrir. Ce procédé n'est ni brillant ni rapide, mais il a donné de bons résultats à moi-même, en 1864 et 1869, et à M. Rose, de Zurich, en 1875.

6° Pour prévenir la septicémie et ses diverses formes : aiguë, chronique ou pyohémique, il est essentiel d'empêcher les fluides altérés de stagner dans une plaie trop favorablement disposée à les retenir ; utile, si on le peut, de combattre même les altérations des fluides susdits.

7° La réunion immédiate adoptée par la totalité des chirurgiens, et qu'ont eu en vue tous les inventeurs de procédés, est inapte à remplir les deux conditions précédentes ; elle favorise bien plus tôt l'altération et la rétention des fluides; ne serait-ce qu'au fond du cotyle ; elle doit être abandonnée.

8° Pour la même raison, il faut abandonner le procédé ovalaire latéral et le procédé à lambeau antérieur; on leur reconnaît pour avantage l'occlusion naturelle de la plaie ; ils ont précisément pour inconvénient de masquer les parties profondes et d'exposer à la rétention des fluides.

9° Le procédé à lambeaux latéraux et même encore le procédé ovalaire antérieur sont bien préférables ; ils donnent à volonté une plaie béante, largement exposée, dans laquelle toute rétention est impossible, et très-facile, au contraire, toute application antiseptique.

10° L'objection tirée de la lenteur de cicatrisation d'une aussi vaste plaie a peu de valeur, si l'on songe qu'avec la réunion immédiate qui se targue surtout de hâter la guérison, celle-ci a toujours exigé une moyenne de deux longs mois.

11° Les trois modes de pansement, qui se disputent actuellement la suprématie, peuvent être certainement employés après la désarticulation de la hanche; cependant, comme il est

difficile, dans cette région, d'appliquer convenablement et correctement aussi bien le bandage ouaté d'Alphonse Guérin que le pansement antiseptique de Lister, il convient de recourir au pansement ouvert avec topiques antiseptiques, qui est d'une exécution très-aisée et qui a déjà fait ses preuves.

— La séance est levée à cinq heures.

NÉCROLOGIE

UNE NOUVELLE VICTIME DE LA SCIENCE

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons de publier; nous réservons au Dr Simplice, dans sa *Causerie* du samedi, l'occasion de dire une fois de plus combien le Corps médical, et la Presse médicale en particulier, se sentent éprouvés lorsque des médecins ou des étudiants succombent victimes de leur amour pour la science.

Paris, 29 octobre 1877.

Très-honoré et cher confrère,

Jeudi dernier, 25 octobre, a été déposé dans les caveaux de Sainte-Geneviève, le corps d'un élève de l'hôpital de la Pitié, Pierre-Gabriel Le Vieux. Ce digne garçon était élève stagiaire; aucun discours n'a pu être prononcé à l'église, mais c'est un devoir pour moi, son chef de service, de faire connaître que cet élève a succombé à une infection purulente contractée en pratiquant une autopsie à l'amphithéâtre de la Pitié.

Ce jeune homme est mort loin de sa famille : il était de l'île Maurice. L'aménité de son caractère, son assiduité à l'hôpital et son désir d'apprendre lui avaient mérité les sympathies de tous et l'estime de ses maîtres. Il est mort avec une grande résignation; ses dernières paroles ont été des paroles de reconnaissance pour ceux qui l'ont soigné, et des regrets affectueux pour les chers absents.

Tous ceux qui l'avaient connu ont été profondément émus à la nouvelle de sa mort et ont voulu, par leur présence au service religieux, donner à la mémoire d'un élève, d'un camarade, d'un ami, un suprême témoignage d'affection.

Bien des fois, cher confrère, vous avez fait preuve de vos sympathies pour les élèves de nos hôpitaux, et jamais vous n'avez manqué de vous associer à leur douleur lorsque l'un d'entre eux tombait sur le noble champ de bataille de la science. Faites donc savoir avec l'autorité de votre plume, au Corps médical, que l'un de ses membres a bien mérité des hommes, car il a payé de sa vie son amour pour notre belle profession.

Je vous laisse libre, mon cher confrère, de ne pas publier cette triste lettre *in extenso,* mais je ne l'étais pas de vous taire le nom d'un nouveau martyr des études médicales.

Votre bien dévoué. Am. DUMONTPALLIER.

FORMULAIRE

IODOFORME INODORE.

L'éther dissout l'iodoforme, et le prive de son odeur désagréable. Si on étale cette solution à l'aide d'un pinceau, elle abandonne, après évaporation de l'éther, sur la surface qui l'a reçue, une couche uniforme et sans odeur. — Cette propriété de l'éther est intéressante à connaître, maintenant que l'iodoforme tend à recevoir des applications de plus en plus nombreuses dans le traitement de diverses maladies. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 1er NOVEMBRE 1728.

Olivier Goldsmith naît à Elphin, en Irlande. L'auteur du *Vicaire de Wakefield* avait sa place dans ces éphémérides, puisqu'en 1753, il se fit inscrire en Hollande parmi les élèves d'Albinus et de Gaubius, et qu'il suivit pendant quelque temps les leçons de ces célèbres anatomistes. Goldsmith se fit même recevoir médecin à Londres. Il abandonna bientôt Hippocrate et Galien pour se lancer dans la littérature. Cet homme illustre mourut le 4 avril 1774. Son corps fut inhumé dans l'abbaye de Westminster, dans l'endroit consacré aux poëtes, entre Gray et le duc d'Argyle. — A. CH.

COURRIER

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Blondel, ancien secrétaire général et directeur de l'administration de l'Assistance publique, et qui a laissé de son passage dans cette administration les plus honorables souvenirs. C'est à M. Blondel que l'on doit les publications si intéressantes sur la statistique des grandes épidémies de choléra dans les hôpitaux de Paris.

École de médecine de Besançon. — M. Coutenot, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est autorisé à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1877-78, par M. Gauderon, suppléant des chaires de clinique et de pathologie internes à ladite École.

École de médecine de Limoges. — M. Bleynie, ancien professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé professeur honoraire à ladite École.

La taille de l'homme. — La question de la taille de l'homme est une de celles qui ont le plus excité la curiosité des anthropologistes. Il existe de nombreux travaux de statistique relatifs à la hauteur variable de la stature humaine, et, comme d'ordinaire, les auteurs de ces travaux diffèrent généralement dans leurs conclusions.

D'après une étude d'ensemble que vient de publier la *Revue d'anthropologie*, l'homme le plus grand qu'on ait rencontré serait un Finlandais, mesurant 2m83; l'homme le plus petit aurait été un nain qui n'avait que 43 centimètres de hauteur. Entre ces deux extrêmes, il existe de nombreuses différences, et les climats, les habitudes, les mœurs exercent une influence considérable sur la hauteur moyenne des hommes.

Les Patagons constituent la population chez laquelle les individus atteignent la hauteur moyenne la plus considérable : celle de 1m78. Les Boschimans de l'Afrique australe sont, au contraire, les plus petits des hommes; leur taille moyenne ne s'élève pas à plus de 1m35. La moyenne entre ces deux extrêmes serait de 1m60, si l'on considère surtout que, d'après Lapeyrouse, les Samoens, une peuplade peu connue, ont, en général, 1m80 à 1m85.

La *Revue d'anthropologie* croit cependant, d'après les tableaux publiés jusqu'à présent, que cette moyenne doit être un peu plus élevée, et elle propose d'adopter le terme de 1m65 comme le point central à partir duquel devront diverger les divisions pour la stature.

Chacun peut ainsi savoir si sa taille est au-dessus ou au-dessous de la moyenne. Ajoutons cependant que ces renseignements ne s'appliquent qu'aux hommes.

La stature moyenne des femmes a échappé jusqu'à présent à la statistique.

Fièvre typhoïde. — On écrit de Sainte-Marie-aux-Mines au *Journal d'Alsace* du 28 :

La fièvre typhoïde sévit avec rigueur sur notre vallée et paraît s'être abattue spécialement sur la commune de Sainte-Croix. Depuis trois mois on a signalé dans cette localité 52 cas; on n'a heureusement que 4 décès à enregistrer. Il faut attribuer probablement cette espèce de sélection exercée par l'épidémie à la négligence généralement trop répandue dans une partie de notre population et aux conditions peu hygiéniques d'un grand nombre d'habitations.

Hôpital de la Charité. — *Clinique chirurgicale.* — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le lundi 5 novembre, à 8 heures, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Ophthalmologie. — M. le docteur Ch. Abadie recommencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie mardi 6 novembre, à 2 heures, à sa clinique, 17, rue Séguier, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 25 octobre 1877, on a constaté 849 décès, savoir :

Variole, 1 décès; — rougeole, 9; — scarlatine, 1; — fièvre typhoïde, 32; — érysipèle, 6; — bronchite aiguë, 29; — pneumonie, 69; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 10; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 26; — croup, 14; — affections puerpérales, 3; — affections aiguës, 241; — affections chroniques, 333 (dont 145 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 52; — causes accidentelles, 23.

A Londres, du 14 au 20 octobre 1877, on a compté 1,403 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

ENSEIGNEMENT

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA MORGUE DE PARIS,

SA DESCRIPTION, SON SERVICE, SON SYSTÈME HYGIÉNIQUE ; — DE L'AUTOPSIE JUDICIAIRE, COMPARÉE A L'AUTOPSIE PATHOLOGIQUE ;

Par M. Alph. DEVERGIE,

Agrégé libre de la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Au moment où la Faculté de médecine de Paris va instituer à la Morgue des conférences de médecine légale pratique, il me paraît opportun d'édifier le public médical sur cet établissement de création moderne, et que l'on peut considérer comme un modèle du genre, sauf les quelques reproches à adresser à l'édilité qui l'a créé.

Plusieurs journaux de médecine ont publié sur la Morgue divers articles, notamment à l'occasion de l'assassinat de la femme avec laquelle vivait Billoir, et celui de la petite fille Moyaux. Des reproches assez vifs ont été adressés à l'Administration à l'égard de nombreuses lacunes dans les agents, ustensiles et instruments nécessaires à la pratique des autopsies judiciaires, ainsi que dans les mesures d'hygiène déclarées par eux tout à fait insuffisantes.

On ne sait comment qualifier toutes ces assertions, dans lesquelles l'erreur domine tous les faits avancés. Et l'on se demande comment un médecin sérieux peut se permettre d'énoncer de pareils faits au moins erronés, sans avoir mis le pied dans la Morgue et sans s'être enquis au préalable des ressources d'hygiène qu'elle peut offrir, comme aussi de celles que les médecins légistes peuvent y trouver quand ils viennent accomplir la mission judiciaire dont ils sont chargés.

Fermons les yeux sur ces faits émanés de plumes par trop légères, et pour lesquelles la critique ignorante est trop facile, et édifions nos confrères sur ce qui est le vrai. Nous procéderons rapidement du passé à l'état actuel, afin de signaler le progrès.

C'est en 1714 que l'on trouve les premières traces d'une Morgue à Paris; elle était alors désignée sous le nom de *basse-geole*. Elle occupait, au Grand-Châtelet, une salle basse et humide. « C'était alors un endroit sombre, un réduit infect, d'où

FEUILLETON

CAUSERIES

Le décret et les arrêtés relatifs aux cours complémentaires à la Faculté de médecine de Paris continuent à agiter l'opinion médicale. A Paris seulement, car les journaux de médecine des départements ne traduisent pas une grande émotion à cet égard. Lyon se montre fier d'être plus riche que Paris en cours complémentaires, car il aura un cours de gynécologie, auquel on n'a pas pensé pour Paris. Montpellier sourit assez dédaigneusement et dit : Quoi! ce n'est que cela? mais depuis plusieurs années notre Faculté est en possession de tous ces cours complémentaires, qui fonctionnent à la grande satisfaction de tous. Quant à Bordeaux, il ne dit rien du tout, très-préoccupé qu'il est de quelques récriminations qui se seraient fait entendre, m'a-t-on dit, dans le sein du Conseil municipal, sur son vote de la somme considérable destinée à l'édification de la Faculté de médecine.

Donc l'agitation dans notre microcosme médical est limitée à Paris, et même dans le cercle assez restreint de la Faculté et de l'Académie de médecine. C'est surtout dans la salle des Pas-Perdus de cette Compagnie que se réunissent, tous les mardis, les donneurs et les écouteurs de nouvelles, et que se discutent avec ardeur et passion les grands intérêts de l'enseignement médical.

Après la protestation des professeurs est venue celle des agrégés. J'ai dit mon sentiment sur la protestation des professeurs; j'aurais dû ajouter que cette protestation sera, sans doute, d'autant moins bien accueillie au ministère de l'instruction publique que l'on doit s'y souvenir

« s'échappaient sans cesse les émanations les plus fétides; là, les cadavres, jetés « les uns sur les autres, attendaient que les parents, une lanterne à la main, « vinssent les y reconnaître. On avait pratiqué à la porte une espèce de lucarne où, « en se bouchant le nez, on regardait les corps qui y étaient étendus. Ce lieu était « rarement vide. Rien de plus affreux (1). »

Les choses restèrent en cet état jusqu'en 1804, époque à laquelle on a terminé la construction du petit monument que l'on voyait il y a quelques années sur le *Marché-Neuf*, et qui a été démoli pour édifier la préfecture de police et la caserne de la garde municipale.

Ce bâtiment avait été bien conçu; il se composait d'une salle pour le public, d'une salle d'exposion des corps séparée de la salle du public par un vaste vitrage; d'une petite salle des morts; d'un bureau pour le greffe; de magasins; de chambres au 1er étage pour loger le greffier et le garçon du service des corps.

Mais bientôt la presque totalité des salles fut transformée en logements pour ces deux familles, pépinière de jeunes filles, et l'on raconte que ces logements, dont les fenêtres sur la rivière étaient remplies de fleurs (ce que j'ai vu), contenaient un piano et qu'on s'y permettait quelquefois la danse (2).

Vers l'année 1826, j'obtins de la préfecture de police l'autorisation d'ouvrir tous les corps à l'égard desquels un permis d'inhumation aurait été donné par le parquet. C'est alors que je pus faire mes recherches qui ont servi de base à l'histoire que j'ai tracée de la putréfaction dans l'eau, et des caractères propres à assigner une date au séjour des corps dans les rivières; celles sur les asphyxies par le charbon, par suspension, par submersion.

La connaissance de ce fait considérable, à savoir : que la mort subite ne reconnaît l'apoplexie cérébrale pour cause qu'une fois sur 43 cas; la congestion pulmonaire étant la cause la plus fréquente des morts subites, etc.

En 1832, je conçus le projet de rendre les diverses salles de la Morgue à leur destination première, en détruisant les logements du greffier et des garçons. Aidé de la coopération de M. Rohault de Fleury fils, architecte, je proposai des plans de res-

(1) *Mémoire historique, politique et critique de l'ancien et du nouveau Paris*, par Prudhomme.

(2) *Recherches sur la Morgue*, par M. Firmain Maillard.

---

que, sous le ministère Waddington, la Faculté a refusé les dons que l'on voulait lui faire de sept à huit chaires nouvelles de cliniques spéciales. Ce refus de la Faculté est plus authentique que celui d'Hippocrate des dons d'Artaxerce. Aussi, la *Gazette hebdomadaire* a-t-elle grandement raison de dire : « Quand la Faculté, par des motifs qu'on peut présumer, mais qui n'ont pas été rendus publics, a rejeté l'offre de l'Administration..... nous sommes demeuré convaincu qu'elle manquait une occasion de rendre service à l'enseignement clinique, qu'elle méconnaissait un besoin réel, né du rapide progrès de la science contemporaine, presque partout senti, et qui se ferait de plus en plus sentir chez nous jusqu'à ce qu'on finît, d'une manière ou d'une autre, par le satisfaire. » Ces réflexions sont d'autant plus à remarquer que l'on connaît les attaches de ce journal à la Faculté de Paris, cela dit sans aucune intention malveillante.

Mais, quand un corps enseignant a ces deux manquements graves à son passif, de n'avoir pas réclamé en toute occasion le concours pour le recrutement de ses professeurs, et d'avoir refusé les chaires magistrales de cliniques spéciales dont on voulait lui faire don, en vérité il a un peu mauvaise grâce de protester contre une malséance de l'Administration à son égard.

A cette occasion, qu'un grand journal que je ne veux pas nommer me permette de relever une singulière erreur qu'il a commise par la plume de son célèbre critique. En parlant des émotions produites à la Faculté par les arrêtés ministériels, ce critique a parlé surtout de la colère et de l'indignation de l'illustre doyen de l'Ecole, M. Wurtz. Or, outre que le caractère aimable, doux et bienveillant de M. Wurtz se concilie peu avec les accents indignés de la colère, le célèbre critique a oublié ceci, que M. Wurtz a abandonné le décanat de la Faculté il y a deux ans et plus, et que c'est notre savant confrère, M. Vulpian, qui lui a succédé dans ces fonctions. Or, j'aurais quelques motifs de croire que l'indignation de M. le doyen ne

tauration de la Morgue, dans l'hypothèse de sa conservation dans l'état actuel, de son agrandissement, ou de la création d'une Morgue nouvelle (1).

Le plan de conservation du bâtiment tel quel, fut adopté par l'Administration et réalisé. Je donnai des modèles de registres avec entêtes pour tous les besoins du service, et d'autres registres accessoires; un nouveau greffier plein de zèle, et victime de son zèle, M. Fourtet, fut nommé, et c'est alors que je pus créer les statistiques annuelles ou décennales qui se font encore aujourd'hui (2).

C'est dans ce milieu que j'ai formé mon éducation médico-légale, et c'est en présence des enseignements que j'y ai puisés, qu'en 1834 j'ai conçu la pensée d'en faire profiter les élèves qui suivaient mes cours particuliers à l'École pratique.

Grâce à la bienveillance de l'Administration, je pus introduire deux fois par semaine, et par série de 30 à 35 élèves, des étudiants en médecine, et agir devant eux, à l'égard des corps examinés, comme s'il s'agissait d'expertises judiciaires.

Tel est le fruit qu'ils en ont retiré que, depuis cette époque, et encore aujourd'hui, j'ai rencontré et je retrouve des médecins qui, en m'abordant, me disent : « Je n'ai jamais oublié vos conférences de la Morgue, et c'est à elles que je dois d'avoir pu éclairer la justice. »

Tel est le passé de la Morgue. Abordons le présent.

Toutes les vieilles maisons du quai de la Cité ont été démolies, y compris celles du Marché-Neuf. Mais, avant de démolir la Morgue, il fallait en construire une nouvelle.

Le préfet de la Seine d'alors invita son collègue de la préfecture de police à saisir le Conseil d'hygiène et de salubrité de cette question et du programme de la création d'un nouveau bâtiment pour une Morgue.

Une commission, composée de MM. Maillebeau, Chatin, Boutron, Combes, Raube, Trébuchet, Lasnier et Devergie, fut nommée, et je fus naturellement désigné comme rapporteur.

Il s'agissait de déterminer l'emplacement que devrait occuper la Morgue, et, à cet égard, la pensée de l'Administration du département ne tendait rien moins qu'à l'éloigner du centre de Paris comme établissement qui, par sa nature, offrait une

(1) Voir *Annales d'hygiène*, 1re série, tome VII.

(2) Dès lors, je fus nommé médecin inspecteur de la Morgue, fonctions honorifiques, mais qui me donnaient toute liberté pour mes recherches.

---

s'est pas élevée, à l'échelle thermométrique, au-dessus de tempéré. Un des prédécesseurs de M. Vulpian dans le décanat de Paris, Orfila, plus nerveux ou peut-être plus adroit, aurait probablement montré plus d'humeur de ce qui vient de se passer. Car, il ne faut pas s'y méprendre, dans tout ce qui se passe aujourd'hui se retrouve ce que l'on a vu de tout temps, c'est-à-dire un antagonisme plus ou moins accentué, selon les circonstances et les hommes, entre la Faculté et l'administration de l'Assistance publique. Orfila dut la durée de son décanat et de sa popularité parmi les élèves à l'habileté avec laquelle il semblait conduire la barque de la Faculté parmi les embarras que l'Assistance publique paraissait lui susciter.

Quant à la protestation des agrégés, on ne trouve pas partout qu'elle ait sa raison d'être. Dans l'état actuel des choses, l'agrégation est une impasse, ceux qui s'y engagent le savent bien ; il n'y a ni lois, ni décrets, ni règlements qui leur promettent la survivance des professeurs titulaires, ni même la nomination aux cours complémentaires. Pourquoi donc se plaignent-ils? Qu'ils pétitionnent, qu'ils s'agitent pour obtenir de meilleures conditions, très-bien, cela se conçoit et peut se discuter, mais qu'ils protestent contre le droit que possèdent parfaitement le ministre et même la Faculté de nommer aux cours complémentaires des confrères non agrégés, voilà qui n'est pas raisonnable ; c'est, qu'on me passe cette expression, donner un coup d'épée dans l'eau.

Avec tout cela, la position singulière faite à M. le professeur Ball n'est pas changée jusqu'ici, que nous sachions du moins. A cette occasion, une polémique s'est ouverte entre deux journaux de médecine de Paris : l'un soutenant qu'il n'y a pas place à la Salpêtrière pour faire un service à M. Ball, à moins d'attenter aux droits des chefs actuels de service dans cet établissement; l'autre affirmant qu'en concédant une part des malades confiés à ces chefs de service, et une part des bâtiments qu'ils occupent, on pourrait organiser une clinique sortable

grande répugnance à la vue; on parlait de la mettre près le pont d'Iéna, ou au bas et à fleur d'eau du massif qui supporte la statue d'Henri IV, sur le Pont-Neuf.

La commission a tout d'abord repoussé cet ordre d'idées. Quel est, en effet, le but que l'on se propose en créant une Morgue? C'est d'établir l'état civil des individus morts inconnus, et de compléter ainsi celui des familles, en comblant une lacune qui peut porter atteinte aux intérêts des descendants comme à ceux des ascendants.

Contrairement aux premières idées émises basées sur la répulsion qu'inspire un établissement de ce genre, la commission a pensé que la Morgue devait être placée sur un des points les plus passants de Paris, de manière à y appeler le plus de curieux possible; ce sont eux qui, le plus souvent, deviennent la source la plus propre à établir l'identité des individus exposés.

La commission demanda d'abord, comme une première nécessité, de construire le bâtiment sur un quai nord de Paris; elle proposa la démolition de quelques vieilles maisons, peu importantes d'ailleurs, sur le quai Saint-Bernard, à proximité du bâtiment du vieil Hôtel-Dieu, qui donne sur la rue de la Bûcherie; les salles de la Morgue devant prendre air et lumière sur le quai.

Cette désignation conduisit la préfecture de la Seine à une autre idée. La Ville possédait un emplacement vide à l'angle de la Cité, derrière l'église Notre-Dame; cet espace portait alors le nom de *Terrain;* des bains froids et des bateaux de blanchisseuses y abondaient.

Dans cette hypothèse, la Ville n'avait plus de maisons à acheter et à démolir; d'ailleurs on vit surgir une autre idée qui, plus tard, a donné lieu à une dépense beaucoup trop considérable et qui, pour l'Hôtel-Dieu, a été la source d'une profusion de millions dont on n'ose pas citer le chiffre aujourd'hui, à savoir, que la Morgue, qui renfermait des morts, devait être placée derrière et au voisinage de l'église Notre-Dame; comme on a dit qu'un Hôtel-Dieu devait être mis auprès de la cathédrale. Avec cent ou cent cinquante mille francs ont eût construit une Morgue; le chiffre de la dépense de celle qui existe a presque atteint le chiffre de six cent mille francs.

Une autre idée malheureuse aurait pu contribuer au progrès de ce chiffre. Le préfet, partant de ce fait que les corps étant repêchés dans la Seine, devaient pouvoir arriver à la Morgue dans des batelets, voulait introduire dans le programme la confection d'une crypte à la base du quai, qui permettrait l'entrée d'un batelet à

à M. Ball. Il est un de ces chefs de service, M. le professeur Charcot, qui, au dire de la *France médicale*, possède à la disposition de son enseignement CINQ CENT CINQUANTE-CINQ MALADES. Il nous semble, en vérité, que l'enseignement de M. Charcot, si utile, si savant, si fructueux soit-il, — et ce n'est pas nous qui contesterons aucun de ces mérites, — ne perdrait aucun de ces avantages si, dans un élan de libéralité, M. Charcot disait à son collègue M. Ball : Je vous abandonne, sur les terrains que j'occupe, de quoi installer une clinique d'aliénés et de maladies nerveuses et de l'encéphale, de cent lits, avec amphithéâtre, laboratoire, etc. On dit que toutes choses et de tous côtés tournent à la conciliation; que la Salpêtrière ne fasse pas exception à ces pacifiques tendances. Il est vrai que M. Charcot ressemble singulièrement, au physique, à Bonaparte, au Bonaparte de Lodi et des Pyramides. Je fais des vœux pour qu'il ne soit pas insatiable de conquêtes.

J'ai lu dans un journal de médecine de Paris, et j'ai vu reproduit ailleurs avec éloges un travail sur la forme et le volume de la tête, qui m'a très-singulièrement étonné. Je vais en citer quelques assertions, car ce ne sont que des assertions, et je crois que mes lecteurs partageront mon étonnement. L'auteur transcrit, dit-il, les résultats d'une enquête qu'il a faite auprès des fabricants et des marchands de chapeaux, et « qui lui permet de traiter scientifiquement la question du volume de la tête. »

Voici quelques résultats de cette enquête « scientifique » :

« Chez les races européennes, la tête a grossi de siècle en siècle depuis le moyen âge.

« En France, les Savoyards et les Bretons ont la tête plus petite que les Francs-Comtois et les Bourguignons.

« Il est démontré que certaines familles évoluent comme les individus, qu'elles ont une période de croissance pendant laquelle elles se développent, une période d'état pendant

couvert; le corps, pris dans le batelet, aurait été monté à la Morgue au moyen d'un escalier souterrain.

Heureusement, la commission du Conseil a fait sentir que la presque totalité des corps était repêchée en *aval* de Paris, à cause du trajet qu'ils parcouraient sous l'influence du courant de la rivière depuis le point d'immersion, et que, durant cinq ou six mois de l'année, les bateliers ne pouvaient remonter le courant de la Seine pour gagner la Morgue, placée en amont de Paris. Aussi les corps arrivent-ils en totalité dans des charrettes ou au moyen d'un brancard.

Cette idée était bien opposée à une croyance qui était devenue populaire pendant de longues années à Paris, à savoir, que tous les noyés étaient repêchés dans les filets de Saint-Cloud! Ces filets n'ont jamais servi qu'à prendre des poissons, s'ils ont existé.

Le pensée d'une crypte fut donc abandonnée.

Je dressai, avec la commission, le programme d'une Morgue capable de recevoir le double des corps que la Morgue recevait à cette époque.

La commission avait posé en principe que toutes les salles qui contiendraient des cadavres seraient surmontées d'une voûte, au centre de laquelle existerait une cheminée à large section, qui s'élèverait à 20 mètres au-dessus du bâtiment, afin que l'atmosphère ne pût recevoir l'air putréfié qu'à une hauteur considérable.

Une forte couronne de gaz devait être placée à la base de chaque cheminée pour faire appel.

Cette partie du programme fut supprimée, et cette suppression devint la source de difficultés considérables pour la désinfection de la Morgue, difficultés que je ne suis parvenu à vaincre que depuis plusieurs années.

On comprend les motifs de cette suppression : la Morgue, placée derrière l'église Notre-Dame, avec son architecture en dentelles, aurait eu l'air d'une fabrique, car il fallait deux cheminées de ce genre.

Que si la Morgue eût été placée, comme le demandait la commission, sur le quai Saint-Bernard, ces dispositions auraient pu être réalisées.

M. Gilbert, architecte, membre de l'Institut, a dû trouver les moyens de remplacer ces cheminées d'appel; mais il n'a pas pu faire l'impossible, et, malgré des dispositions ingénieuses, il a échoué.

---

laquelle elles restent stationnaires, et une période de décroissance qui amène leur extinction. Dans les familles en voie de croissance, la tête grossit de génération en génération. Les bourgeois qui ont fait la Révolution de 89 avaient la tête plus grosse que leurs pères. Au contraire, dans les familles en voie d'extinction, la tête diminue de père en fils. Les fils de famille (petits crevés, gommeux, poisseux) ont la tête si petite qu'ils sont obligés de se faire faire des chapeaux sur commande, les chapeaux tout faits étant trop grands pour eux. Chez certaines familles nouvellement sorties du peuple, la tête s'accroît de génération en génération. Les chapeaux à larges bords (bolivars) que portaient les républicains de 1830 et de 1848 avaient une très-grande *entrée*. »

Écoutez ceci : « L'anthropologie, en étudiant le volume des têtes dans les diverses classes de la société et aux diverses phases de l'évolution sociale, est donc en mesure d'expliquer les révolutions qui font passer le pouvoir des vieilles classes dirigeantes aux nouvelles couches sociales.

« En général, les hommes de 30 à 40 ans ont la tête plus grosse que ceux de 20 à 30 ans. Il n'en est pas de même chez les ecclésiastiques, dont la tête cesse de s'accroître à partir de 25 ans.

« Les membres de l'Académie des sciences ont la tête plus grosse que leurs collègues des autres sections de l'Institut.

« D'après mes recherches, les polytechniciens ont la tête plus grosse que les saint-cyriens. De même les élèves de l'École normale ont la tête incomparablement plus développée que les élèves de Saint-Sulpice.

« Dans le faubourg Montmartre, les têtes sont plus grosses que dans les quartiers ouvriers et dans le noble faubourg. »

Habitant le faubourg Montmartre, je suis fier de cette découverte, et je m'arrête pour en savourer la capiteuse saveur.

Dr SIMPLICE.

En résumé, un bâtiment à rez-de-chaussée a été élevé; ce bâtiment est d'une architecture très-simple, et incapable de faire pressentir sa destination; son absence de toute ornementation et son peu d'importance font que, en entrant à Paris, on se demande ce qu'est ce bâtiment sans effet, qui masque plus ou moins ce beau vaisseau de l'église Notre-Dame.

C'est en 1861 que la commission du Conseil fut saisie d'un projet de création, et en 1864 que la nouvelle Morgue put recevoir des corps.

(A suivre dans un prochain numéro.)

MÉDECINE LÉGALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DE LA MÉDECINE LÉGALE AVEC LES MALADIES LATENTES.

I. — *Observations d'ulcère latent de l'estomac ne se manifestant qu'au moment de la perforation de cet organe et pouvant simuler un empoisonnement.*

La question des rapports de la médecine légale avec les maladies latentes a une très-grande importance, quoique son étude ait été et soit encore trop délaissée. Nous signalons les deux séries de faits suivants qui peuvent avoir un certain intérêt à ce point de vue :

M. Grasset (1), professeur agrégé à Montpellier, raconte l'histoire d'un jeune homme de 20 ans, toujours très-bien portant, qui vient à Montpellier pour tirer au sort. Après avoir déjeuné sobrement de quelques aliments achetés sur place, il est pris, un quart d'heure après, d'horribles coliques, de vomissements continuels; le ventre se tuméfie, devient très-douloureux; les extrémités sont froides, le pouls petit et concentré. Il meurt au bout d'une vingtaine d'heures, en proie à d'horribles souffrances. La rumeur publique parlait d'empoisonnement et la justice fit faire l'autopsie. Or, on trouva, à la face antérieure de l'estomac, un ulcère avec perforation.

A ce sujet, M. Grasset a fait des recherches et a trouvé dans la science, même avant les travaux de Cruveilhier et Rokitansky, des cas assez nombreux où l'on note l'existence de ruptures spontanées de la paroi gastrique, ruptures qui n'avaient été précédées par aucun symptôme.

C'est ainsi que Duparcque (*Transact. méd.*, tome IV, 1831, page 123) cite le fait d'une jeune fille de 17 ans, toujours bien portante, qui mourut rapidement au milieu de douleurs très-vives, et chez laquelle on trouva à la face antérieure de l'estomac, à deux pouces du cardia, une ouverture circulaire de huit lignes sur cinq environ de diamètre. — Plus anciennement encore, en 1775, il est question d'une jeune personne qui mourut en sept heures, au milieu de souffrances atroces. On crut à un empoisonnement, et l'autopsie permit de constater à l'estomac, « deux perforations de forme orbiculaire, telles qu'aurait pu les former une balle de plomb » (Gastellier, *Journ. de méd. et de chir.*, t. XXXIII, p. 24). — Les docteurs Gérard (Thèse de Paris de 1803 *Sur les perforations de l'estomac*), Desgranges, de Lyon, en 1821 (*Journ. gén. de méd.*, t. LXXVI, 2e série, p. 145), Lefèvre, dans son travail sur les perforations spontanées de l'estomac (*Arch. de méd.*, 1842), citent des faits absolument semblables. Les travaux de Cruveilhier, en 1838, et de Rokitansky, en 1839, sur l'ulcère de l'estomac, renferment aussi des cas analogues. L'observation de Peste, en 1844 (*Soc. anat.*, 1844, p. 295), est d'autant plus intéressante que le malade pouvait être alors regardé comme empoisonné, parce qu'il avait mangé d'un mets préparé dans un vase de cuivre. — Parmi les auteurs étrangers, Stewart Allen (*The Lancet*, 1845, et *Arch. de méd.*, 1846), Lees (*Arch. de méd.*, 1851), Niemeyer et Brinton, etc., ont encore insisté sur cette forme latente et foudroyante de l'ulcère de l'estomac; et, dernièrement, M. Landouzy rapportait, en 1873, à la Société anatomique, le cas d'un homme qui, sans avoir jamais souffert de l'estomac, mourait au milieu des symptômes douloureux de la perforation de cet organe.

Or, en présence de ces accidents foudroyants, on pense le plus souvent à un iléus, à un volvulus, à une perforation intestinale dans un typhus ambulatorius; on pense souvent aussi à un empoisonnement. L'autopsie permet sans doute d'éviter des méprises et de constater la perforation de l'estomac; mais le médecin légiste doit encore se demander si la perforation est spontanée, ou si elle n'est pas produite par l'action d'un poison caustique. La question est importante à résoudre, comme le prouve le fait de cette condamnation qui allait atteindre un mari faussement accusé d'empoisonnement sur sa femme, si Chaussier n'avait pas déclaré que la perforation de l'estomac avait pu se produire d'une façon spontanée.

(1) *Annales d'hygiène*, etc., 1877.

Il résulte donc de tous ces faits une conclusion importante au point de vue médico-légal, conclusion que nous formulerons avec l'auteur, en disant que « l'absence d'antécédents pathologiques et la santé parfaite antérieure n'excluent pas l'idée d'un ulcère chronique de l'estomac et d'une perforation spontanée de cet organe. »

II. — *Des empoisonnements par les substances actives administrées dans les maladies des reins.*

Il y a longtemps déjà, les auteurs insistaient sur l'imperméabilité des reins atteints d'inflammation pour certaines odeurs ou substances médicamenteuses, et M. Bouchard (Soc. de biol., 1876) démontrait que les médicaments actifs deviennent promptement toxiques, dans tous les cas où il y a une altération de la substance rénale. Pour ce qui est de l'opium, par exemple, le danger de son administration à fortes doses peut être expliqué ou par son défaut d'élimination à travers des reins altérés, et alors le malade peut mourir au milieu de symptômes de narcotisme; ou encore, d'après Lancereaux (*Dict. encyc.*, article REIN), par les propriétés de l'opium qui diminue ou ralentit les différentes sécrétions par lesquelles se fait l'élimination des principes excrémentitiels de l'urine, et alors le malade meurt d'urémie. Les maladies du rein, et surtout celles qui portent sur la trame conjonctive de cet organe, sont souvent latentes, comme M. Noël Gueneau de Mussy (Voy. UNION MÉDICALE, 1874) et nous-même (UN. MÉD., même année) en avons donné des exemples frappants. On comprend donc que l'administration de certains médicaments puisse être suivie, dans ces cas, des symptômes d'un empoisonnement. Il nous suffira de rapporter l'observation du docteur Keen, de Philadelphie (*Med. Times*, 1877) :

Il s'agit d'un homme de 45 ans, d'apparence robuste, à qui une prostituée fit prendre de l'opium pour l'endormir et le voler ensuite. Cet individu tomba dans un état comateux dont on ne put le tirer et qui se termina vingt-quatre heures après. A l'autopsie, on trouva les lésions d'une néphrite interstitielle très-avancée.

A la Société anatomique (29 déc. 1876), MM. Solay et Garcia présentent l'observation d'un homme atteint de lésions tuberculeuses des reins, et chez lequel survinrent des symptômes d'intoxication belladonée à la suite de l'instillation de quelques gouttes d'atropine dans l'œil affecté d'iritis.

Il résulte également de ce fait, et de bien d'autres que nous pourrions encore citer, que dans toutes les expertises médico-légales relatives aux empoisonnements par les alcaloïdes et les médicaments actifs, il est toujours nécessaire de noter soigneusement l'état des reins (1).

Henri HUCHARD.

(1) Voyez, sur ce sujet très-intéressant, la thèse récente de M. Ch. Chauvet (Paris, 1877), *Sur le danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales.*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. A. Béchamp adresse des recherches sur la constitution physique du globule sanguin.

« Malgré de nombreuses tentatives, on n'a pas encore la démonstration topique de l'existence séparée d'une membrane dans le globule sanguin. Cependant, cette membrane peut être aussi facilement mise en évidence que celle du jaune des œufs d'oiseaux ou des cellules les mieux caractérisées; j'ajoute que cette démonstration a une haute importance physiologique.

Le moyen qui m'a permis de mettre en évidence, dans de nombreux exemples, la membrane d'enveloppe des globules rouges, consiste à nourrir ces globules dans de la fécule soluble; à rendre ainsi la membrane plus résistante à l'action de l'eau et plus visible à la fois, tout en lui conservant ses propriétés osmotiques.

J'ai opéré sur du sang de chien, de bœuf, de cobaye, de canard, de poule, de pigeon, de grenouille.

Sang de canard. — Je vais décrire, avec quelque détail, ce que j'ai observé sur les globules rouges du sang de canard domestique. Ce sang, défibriné ou non, est mêlé avec un volume égal au sein d'une solution, créosotée à dose non coagulante, de fécule soluble. Cette solution doit contenir 10 à 15 p. 100 de fécule soluble. Le mélange étant fait, voici ce que l'on observe :

La préparation, examinée aussitôt, laisse apercevoir les globules avec leur forme et leur renflement habituel ; si l'on y ajoute 2 à 3 volumes d'eau, les globules disparaissent. Avec un peu d'attention, on remarque que la première impression de l'eau est de faire apparaître

les globules sous une forme qui approche de plus en plus de la sphère, ce qui témoigne déjà que l'enveloppe est douée d'une certaine extensibilité. Le noyau se distingue à peine.

Après vingt-quatre heures, le mélange est encore rutilant; les globules ont conservé leur aspect normal; déjà ils résistent mieux à l'action de l'eau, et il semble, quand on les y fait arriver, qu'ils se déforment plus lentement.

Après quatre jours, les globules ont conservé leur forme générale; il n'y a un peu d'altération que quand on les regarde de champ : alors le renflement paraît moins prononcé, ils sont plus uniformément convexes. Les noyaux sont devenus plus distincts, mais semblent occuper toute l'étendue du globule placé à plat, sauf une étroite zone qui le sépare de la paroi de l'utricule. On peut ajouter successivement, 2, 3, 4, 6, 8 volumes d'eau, sans que les globules disparaissent; ils se déforment seulement; l'ellipse paraît moins allongée, le petit diamètre a augmenté, le grand a diminué : beaucoup de globules finissent par affecter une forme limite qui est la sphère. Après l'action de l'eau, les noyaux sont très-apparents. Si, au lieu d'eau, on emploie une solution de fécule soluble pour délayer la préparation, les mêmes phénomènes s'observent, mais les globules gonflés affectent plus exactement la forme de l'ellipsoïde.

Après six et huit jours, le mélange a pris une teinte rouge-violacé. Les globules sont encore intacts en apparence; le noyau y est seulement plus visible. Par l'addition de 3, 4, 5 volumes d'eau, les globules se gonflent et pâlissent; le noyau devient très-apparent dans l'enveloppe pâlie. Si l'on remue la préparation, on voit le noyau se mouvoir dans l'utricule, comme un mobile dans un milieu un peu moins dense que lui; on l'y voit prendre toutes les positions possibles dans la cavité du globule qui roule, et pendant le repos il tombe sur la paroi la plus déclive. Rien ne représente mieux le phénomène d'un œuf se mouvant dans un vase sphérique d'un litre et rempli d'eau; c'est aussi sensiblement le rapport qui existe entre le volume du noyau et celui de la cavité en ce moment.

Après vingt-trois jours, les globules ont gardé la forme ovale; ils sont plus pâles. Par l'addition de l'eau, la pâleur des globules augmente, et leur forme tend vers la sphère. L'ensemble des phénomènes précédemment décrits sont aussi accentués que possible; en outre, pendant le mouvement de translation des globules, on voit l'enlevoppe se plissant et s'enroulant autour du noyau, puis se déroulant pour s'enrouler encore. Le mélange a été jeté sur un filtre; le liquide filtré est limpide, rouge-brun. Les globules y ont été lavés successivement avec une solution de fécule soluble, et à l'eau : ils sont alors presque décolorés et brun pâle, vus en masse au microscope; ils sont seulement visibles par leur noyau; mais, si l'on ajoute de la teinture d'iode à la préparation des globules lavés, la cellule et le noyau se teignent en jaune et l'on distingue bien la membrane utriculaire plissée autour du noyau. Cependant, plusieurs noyaux paraissent devenus libres, ayant conservé leur forme ovale. Les globules lavés ne se teignent ni par le carmin ammoniacal, ni par le picrocarminate.

En faisant varier les proportions de solution de fécule soluble, sa concentration et la quantité de sang, on peut observer souvent des faits intéressants. C'est ainsi qu'il m'est arrivé de voir disparaître le noyau et à sa place un grand nombre de granulations moléculaires se mouvant dans l'intérieur de l'utricule dont la membrane se plissait. Cela donne à penser que le noyau des cellules, comme certaines cellules elles-mêmes, sont capables, par régression, de revenir aux microzymas générateurs.

Sang de poule, de pigeon et de grenouille. — Leurs globules se comportent comme ceux du canard. Mais il faut, pour le sang de poule, un peu plus d'attention pour bien distinguer l'enveloppe; évidemment la membrane de ces globules est plus délicate.

Sang de chien, de bœuf, de cobaye. — Au bout d'un temps relativement court, leurs globules deviennent absolument réfractaires à l'eau. Les globules, après l'action d'un très-grand volume d'eau, apparaissent décolorés, tantôt sous la forme d'une vésicule aplatie, qui se replie sur elle-même en se mouvant, tantôt sous la forme de petites vessies qui roulent dans le liquide ambiant.

Ces exemples me paraissent suffisamment nombreux pour permettre d'affirmer que les globules sanguins sont bien réellement constitués comme tous les éléments cellulaires parfaits, qui remplissent d'importantes fonctions dans les phénomènes de la vie de nutrition. Plusieurs phénomènes s'expliquent aisément par sa présence. Je n'en citerai qu'un. On sait que le sérum du sang ou le plasma est riche en soude; le globule, en potasse. Si, grâce à l'enveloppe, l'hématie est le siége d'un mouvement d'osmose nécessaire à la vie, ce partage s'explique : la nature spéciale de la membrane s'oppose à l'échange osmotique et à l'équilibre. Tant que l'enveloppe garde ses propriétés, c'est-à-dire est vivante, rien ne sort du globule et n'y pénètre, que ce qu'elle laisse passer.

J'ajoute que, durant ces longues expériences, il m'est arrivé, en variant les milieux, de voir les globules sanguins se résoudre en granulations moléculaires; de plus, même en n'em-

ployant pas la créosote ou l'acide phénique, et en n'évitant pas le contact de l'air atmosphérique, il est rare de voir apparaître les bactéries, et le sang ne se putréfie pas. »

— M. V. Jodin envoie un mémoire intitulé : *Recherches sur la glycogénèse végétale.*

« Des faits exposés dans ce mémoire, on peut, avec une certaine probabilité, tirer les conclusions suivantes :

1° Les végétaux supérieurs, en grand nombre, sinon tous, contiennent des matières sucrées répandues dans leurs organes. Généralement, cette matière sucrée est un mélange de saccharose et de sucre interverti, en proportions variables.

2° Dans une même plante, le taux saccharimétrique est généralement le plus faible dans les feuilles. Il s'élève et atteint ordinairement son maximum dans certaines parties : fleurs, fruits, tiges et racines, qui ne possèdent que transitoirement, ou à un très-faible degré, la fonction chlorophyllienne.

3° Le faible taux saccharimétrique des feuilles ne peut être invoqué comme une preuve contre la production directe du sucre par ces organes. Les observations de M. Boussingault sur les feuilles d'un tilleul atteint de miellée, celles que j'ai faites sur les feuilles de laurier-cerise, paraissent bien difficiles à expliquer, si l'on n'admet pas que la feuille possède à un degré quelconque la fonction glycogénique, fonction qu'elle peut, du reste, partager avec d'autres organes.

4° D'autre part, la présence constante de certains sucres dans tous les champignons paraît prouver manifestement l'indépendance de la fonction glycogénique et de la fonction chlorophyllienne. Ces deux fonctions se trouveraient pour ainsi dire juxtaposées dans la feuille verte, sans entretenir entre elles une relation de causalité immédiate.

5° C'est là le point où l'expérience doit intervenir en formulant ainsi le problème :

Rechercher quelles sont les influences qui font varier le taux saccharimétrique des feuilles; en particulier, quelle est la nature du rapport qui peut exister entre ces variations et l'exercice de la fonction chlorophyllienne; enfin, pour conserver au problème ses limites naturelles, que l'expérience ne peut restreindre, rechercher si la production de quelque autre principe immédiat possède seul ou partage avec le sucre une relation définie avec la fonction chlorophyllienne. » — M. L.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Addition à la séance du 24 octobre 1877. — Présidence de M. PANAS.

M. le docteur Blum, professeur agrégé de la Faculté de médecine, lit un travail intitulé : *Paralysie du nerf radial consécutive à une plaie de l'extrémité supérieure de l'avant-bras. — Troubles dans la sphère d'innervation du médian. — Elongation du nerf radial et du médian.*

Le sujet de cette observation est un cuisinier, âgé de 29 ans, entré le 7 septembre 1877 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 7 (service de M. le professeur Richet, suppléé par M. Blum).

Cet homme raconte que le 9 juillet, tandis qu'il tenait de la main gauche un couteau pointu et tranchant, il fait une chute. L'instrument pénètre obliquement de dedans en dehors, et un peu de haut en bas, dans la partie supérieure de l'avant-bras droit. La douleur, instantanément très-vive, est ressentie par le malade dans toute la partie postérieure de l'avant-bras ainsi que dans le pouce et l'index. L'hémorrhagie fut facilement arrêtée par la compression et un tamponnement au perchlorure de fer.

Le 10 juillet, le malade entre à l'hôpital de la Charité.

L'avant-bras présentait alors une légère tuméfaction au côté externe allant jusqu'aux deux premiers doigts. La sensibilité était émoussée sur le tiers inférieur et externe de l'avant-bras; elle était complétement abolie sur la moitié externe de la face dorsale de la main (ces renseignements sont fournis par le malade, qui ne semble pas avoir été examiné au point de vue d'une lésion nerveuse). Les mouvements de flexion et d'extension surtout étaient gênés dès cette époque.

Le 17 juillet, le malade quitte l'hôpital de la Charité.

La plaie était cicatrisée, mais il ne put reprendre ses occupations, à cause de la faiblesse de son bras. Lorsqu'il laissait pendre sa main, elle devenait aussitôt le siége d'un gonflement accompagné d'une sensation de brûlure.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre.

A la partie supérieure de l'avant-bras droit on trouve une cicatrice oblique, de haut en bas, de dedans en dehors, longue de 3 centimètres 1/2, située à 2 centimètres du pli du coude. Son extrémité interne répond au trajet du médian, l'externe à celui du radial. Le malade estime que l'instrument a pénétré à une profondeur de 2 centimètres 1/2. Cette cicatrice est rouge, légèrement élevée au-dessus de la peau et très-sensible à un contact léger.

L'avant-bras malade présente une coloration plus intense que celui du côté opposé; la main surtout est rouge, luisante, comme marbrée à sa face dorsale. Au palper, on constate une diminution dans le volume des masses musculaires de l'avant-bras.

Motilité. — La pronation et la sapination s'accomplissent aisément le bras étant dans l'extension. L'action du court supinateur est normale, le long supinateur se contracte, mais avec moins d'énergie que celui du côté opposé. L'extension du poignet sur l'avant-bras est très-imparfaite; il en est de même de celle des phalanges sur les métacarpiens. La flexion et l'extension des deux dernières phalanges est normale. On en conclut à une diminution de la puissance contractile des muscles innervés par le radial (les supinateurs exceptés), ainsi que des fléchisseurs, superficiel et profond. Les muscles de la paume de la main paraissent inctacts. L'exploration par le courant induit dénote une diminution de la contractilité. Pas de contracture, pas de fourmillements.

Sensibilité. — Le malade éprouve spontanément quelques douleurs lancinantes mal délimitées le long de l'avant-bras. Outre l'hyperesthésie au trajet du nerf radial vers l'extrémité externe de la cicatrice, une plaque de la dimension d'une pièce de cinq francs très-douloureuse à la pression, douleur également à la pression du médian au niveau du pli du coude.

La sensibilité au tact est conservée dans tout l'avant-bras, sauf dans le tiers externe de la partie inférieure et postérieure. Elle est abolie à la face dorsale du pouce, de l'index, de la moitié externe du médian. La sensibilité à la douleur et à la température est supprimée dans la même région.

Les autres parties de l'avant-bras et de la main ne présentent aucune altération de la sensibilité.

Le malade accuse seulement du côté droit une plus grande impressionnabilité au froid. La santé générale est excellente; le malade n'a aucune trace d'accidents saturnins. L'application à deux reprises différentes de sangsues au niveau du point où le radial est supposé atteint, l'emploi des courants induits n'arrêtent pas la marche de la maladie : l'anesthésie persiste, l'impotence fonctionnelle augmente, et, le 20 septembre, la contraction volontaire et électrique est complétement disparue dans les fléchisseurs, les extenseurs, les radiaux, le cubital postérieur. Le court supinateur est intact; le long supinateur se contracte encore, mais faiblement.

Le 3 octobre, à onze heures, après avoir chloroformé le malade et appliqué la bande d'Esmarch, M. Blum pratique une incision de 5 centimètres sur le bord interne du long supinateur. Le centre de l'incision correspond à la cicatrice. En disséquant couche par couche, on sent que le tissu cicatriciel ne s'étend pas vers les parties profondes, et on arrive facilement sur le nerf radial. M. Blum reconnaît successivement la branche superficielle et la branche profonde, qui se subdivise elle-même à ce niveau en plusieurs branches secondaires. La dissection de ces différents rameaux ne permet de reconnaître l'existence d'aucun tissu induré, d'aucune augmentation de volume du tronc nerveux. On peut affirmer :

1° Qu'il n'y a pas de solution de continuité ni à la branche superficielle, ni à la branche profonde;

2° Qu'il ne s'est développé aucun névrome au niveau de l'endroit présumé où a eu lieu la blessure du nerf. Les différentes branches nerveuses présentent une coloration rosée qui est remarquable surtout en comparaison de la coloration nacrée que présente le nerf médian.

Les filets nerveux, bien isolés, sont chargés sur le bord convexe de la sonde cannelée, et l'instrument les soulève par un mouvement de va-et-vient s'étendant de l'angle supérieur de la plaie à l'angle inférieur. Ce mouvement est répété une dizaine de fois.

La même opération est pratiquée sur le médian, qui est découvert au même niveau, et qui, ainsi que je l'ai dit, est remarquable par l'absence du développement vasculaire.

Le malade, étant complétement endormi, ne laisse échapper aucune plainte.

On n'observe aucune contraction dans les muscles innervés par le radial et le médian. L'écoulement du sang est insignifiant.

On applique une attelle plâtrée, et on fait un pansement simple.

A une heure, M. Piéchaud, interne du service, revoit le malade, qui n'accuse aucune souffrance. Il trouve alors, dans les points où la sensibilité n'existait plus, un retour de la sensibilité au tact, à la douleur, à la température, dans des proportions restreintes.

Le soir, les mouvements imprimés à la main sont douloureux, et les mouvements volontaires du poignet et des doigts se font moins bien qu'avant l'opération.

A sept heures, M. Blum constate lui-même le retour complet de la sensibilité dans la sphère du radial. T. 37°,5.

4 octobre. Le malade n'a pas dormi. Douleurs vives au niveau des deux plaies; absence de fourmillement douloureux et d'engourdissement dans la main. La sensibilité est complétement revenue dans les doigts paralysés.

La flexion du poignet est rétablie et s'opère par les radiaux, ce qui n'existait pas avant l'opération.

Les muscles de l'éminence thénar et les fléchisseurs de la main ont repris leur action. Les courants induits ne déterminent pas de contractions apparentes dans ces muscles. L'extenseur commun, le long abducteur, le court extenseur, n'agissent pas. Les interosseux et les lombricaux fonctionnent. T. 37°,5.

La coloration marbrée de la main a complétement disparu.

: Soir. T. 38°,8.

Douleurs lancinantes dans l'avant-bras. Hyperesthésie légère au niveau du tiers externe et inférieur de l'avant-bras.

5 octobre. T. matin, 38°,2. — Soir, 39°,1.

6 octobre. Matin, 38°. — Soir, 38°,9.

7 octobre. Matin, 38°,4. — Soir, 38°,8.

8 octobre. Matin, 37°,2. — Soir, 37°,4.

9 octobre. Matin, 37°,2. — Soir, 37°,4.

Quelques fourmillements dans le pouce. La sensibilité est un peu plus obtuse que les jours précédents.

Les plaies se cicatrisent bien.

18 octobre. Le malade éprouve des douleurs dans le poignet et les articulations métacarpo-phalangiennes. Ces douleurs s'exagèrent à la pression. Quelques douleurs dans l'épaule et au niveau du passage du cubital dans sa gouttière. Ce nerf semble augmenté de volume et est douloureux à la pression. Somme toute, l'opération a arrêté, chez ce malade, les troubles fonctionnels qui s'observaient dans la sphère du médian; elle a rendu la sensibilité aux parties innervées par le radial; elle a rendu la contractilité aux deux radiaux.

Cette observation démontre :

1° Que tous les nerfs d'un membre sont solidaires; la suppression subite de l'un d'eux porte une perturbation considérable dans l'innervation générale du membre;

2° Que l'intégrité de la contractilité électro-musculaire n'est pas nécessaire à l'exercice des mouvements volontaires;

3° Que l'élongation des nerfs est une opération sans gravité, lorsqu'elle porte sur des branches du calibre du médian et du cubital;

4° Que, dans certains cas non encore déterminés, cette opération peut rendre la sensibilité aux parties qui en sont privées et, dans une certaine mesure, la motilité aux muscles paralysés à la suite d'une lésion traumatique.

Dr A. Tartivel,
M.-A. de l'établis. hydrothérapique de Bellevue.

FORMULAIRE

Crayons médicamenteux. — Duquesnel.

Gutta-percha, coupée en petits morceaux. 10 grammes.
Tannin, ou alun, etc. . . . . 10 —

On chauffe, à l'aide du gaz, un mortier de fer ou de cuivre, et quand il a atteint la température de 100° environ, on y mêle intimement les substances. Quand le mélange a été obtenu, on le roule en cylindres à l'aide de plaques de verre ou de métal. — Les crayons ainsi préparés, mis au contact des muqueuses, abandonnent une partie du principe médicamenteux qu'ils renferment. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 3 Novembre 1818.

Dominique Cotugno meurt à Naples. On connaît ses remarquables recherches sur l'oreille interne. C'est lui qui découvrit ce nerf, que Scarpa appela plus tard naso-palatin. On se rappelle aussi ses belles observations sur la névralgie sciatique, sur le siége immédiat de la variole, sur le galvanisme, phénomène dont il pressentit l'existence. Magliori, Bidault de Villiers, Desgenettes ont payé un juste tribut d'éloges à ce savant. — A. Ch.

COURRIER

Les médecins a la Chambre. — Voici une curieuse statistique parlementaire :

La dernière Chambre des députés comptait parmi ses membres 39 médecins, sur lesquels

un seul, M. Bourgeois, de la Vendée, appartenait à la droite. Sur ces 39 docteurs, 6 seulement n'ont pas été réélus; ce sont : MM. Bartoli, à Sartène (Corse); Mallet, à Uzès (Gard); Naquet, à Apt (Vaucluse); Poujade, à Carpentras (Vaucluse); Soye, à Vervins (Aisne); Thomas, à Reims (Marne).

Deux nouveaux médecins ont été envoyés à la Chambre par les électeurs; ce sont : MM. David, républicain, nommé à Châteauroux (Indre), et le baron Larrey, bonapartiste, élu à Bagnères (Hautes-Pyrénées).

La nouvelle Chambre compte donc 35 médecins. En voici la liste par ordre alphabétique : MM. Allemand, élu à Digne (Basses-Alpes); Bamberger, élu à Saint-Denis (Seine); Paul Bert, élu à Auxonne (Yonne); Bouquet, élu à Marseille (Bouches-du-Rhône); Bourgeois, élu à la Roche-sur-Yon (Vendée); Chevandier, élu à Die (Drôme); Clémenceau, à Paris; Cornil, élu à La Palisse (Allier); Couturier, élu à Vienne (Isère); David, élu à Châteauroux (Indre); Dévade, élu à Gien (Loiret); Dufay, élu à Blois (Loir-et-Cher); Durand, élu à Lyon (Rhône); Frébault, élu à Paris; Gros-Gurin, élu à Gex (Ain); Guyot, élu à Villefranche (Rhône); Joubert, élu à Chinon (Indre-et-Loire); Lalanne, élu à Libourne (Gironde); le baron Larrey, élu à Bagnères (Hautes-Pyrénées); Laussédat, élu à Moulins (Allier); Le Monnier, élu à Saint-Calais (Sarthe); Liouville, élu à Commercy (Meuse); Marmottan, élu à Paris; Mas, élu à Millau (Aveyron); Massot, élu à Céret (Pyrénées-Orientales); Mollien, élu à Péronne (Somme); Moreau, élu à Guéret (Creuse); Th. Roussel, élu à Florac (Lozère); Rouvre, élu à Bar-sur-Seine (Aube); Souchu-Servinière, élu à Laval (Mayenne), Tiersot, élu à Bourg (Ain); Turigny, élu à Nevers (Nièvre); Vacher, élu à Tulle (Corrèze); Vernhes, élu à Béziers (Hérault).

Dimanche dernier, un autre médecin appartenant également au groupe des 363 se trouvait en ballottage dans la 1[re] circonscription de Bergerac (Dordogne). C'est le docteur Garrigat qui a été réélu.

La Chambre des députés actuelle compte donc définitivement 36 médecins.

Une collection de silex. — L'*Avenir du Loiret* annonce qu'un géologue distingué, M. Baudre, d'Ardentes, vient de découvrir une collection de silex qui, sous les formes de cailloux roulés, ont une apparence extérieure ne les distinguant nullement des silex ordinaires; mais, après que l'on a brisé ces pierres, on devient témoin du plus étrange spectacle; leur intérieur est occupé par de nombreuses arborisations offrant les dispositions les plus variées, constituées par des plantes entières représentant toutes les phases d'une antique végétation de fucus.

Revêtues des couleurs les plus riches, les plus variées et les plus pures, ces splendides reproductions sont recouvertes d'une couche brillante de gemme dont la scintillation produit aux yeux émerveillés une sensation mystérieuse, alors que nous savons que les siècles ont passé sur ces images sans en provoquer l'altération.

M. Baudre, qui arrive d'Angleterre, nous affirme qu'aucun des musées géologiques de France et de la Grande-Bretagne, qu'il vient de visiter, ne renferme ces précieux spécimens, et que les agates du Colorado (États-Unis) n'ont encore rien présenté d'aussi surprenant et d'aussi riche que ces produits du sol berrichon, reconnu si peu fertile dans sa constitution minérologique.

Hôpital des Enfants-Malades (rue de Sèvres, 149). — *Leçons sur le diagnostic de la méningite et des maladies nerveuses par l'ophthalmoscope.* — M. le docteur Bouchut.

La première leçon aura lieu le mardi 6 novembre, à 8 heures 1/2 du matin, et les autres les mardis suivants, à la même heure.

Démonstrations des figures à l'amphithéâtre au moyen de la lumière oxydrique.

Hôpital de Lourcine. — *Conférences cliniques sur les affections de l'utérus et la syphilis.* — M. le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, recommencera ses conférences cliniques le *mercredi* 7 novembre 1877, à neuf heures, et les continuera les *samedis* et *mercredis*, pendant toute l'année scolaire 1877-1878.

Pathologie oculaire. — M. le docteur A. Desmarres commencera son cours sur la pathologie oculaire, à l'École pratique (amphithéâtre n° 2), le mercredi 14 novembre, à 5 heures du soir, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fort commencera un cours public d'anatomie le mercredi 7 novembre 1877, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DE QUELQUES ACCIDENTS NERVEUX CHEZ LES PHTHISIQUES (1),

Par Michel PETER.

III

TROUBLES DE L'INTELLIGENCE. — *Manie terminale des phthisiques.* — Sensations morbides transformées, servant de prétexte à l'explosion de la folie. — L'anémie cérébrale et l'inanition ne suffisent pas à expliquer la manie des phthisiques, le marasme tuberculeux entraînant l'anémie cérébrale chez la plupart des phthisiques, qui n'en deviennent pas fous. — Vice rédhibitoire antérieur de l'intelligence.

Le 29 avril 1870, j'étais appelé au milieu de la nuit (une première nuit de pleine lune) auprès d'un jeune homme de 28 ans, en proie à un épouvantable accès de suffocation. Il s'agissait d'un individu dont la maladie avait commencé par de violentes hémoptysies, puis avait marché d'une façon assez rapide; mais les accidents pour lesquels j'étais mandé n'étaient point ceux de la phthisie ordinaire. Tout à coup, vers minuit, le jeune homme avait été pris d'une angoisse suffocante; c'était, en réalité, une folie convulsive des constricteurs de la glotte : imaginez l'attaque de suffocation du croup à sa dernière période, avec le *tirage* le plus intense comme le plus désespéré, et vous aurez une faible idée de la scène tumultueuse à laquelle j'assistai, en compagnie de mon honorable ami, le docteur Baret. Le malade se démenait comme un fou par la chambre, portant violemment les mains à son cou et se plaignant douloureusement d'étouffer. La voix était nette, il n'y avait donc pas de croup; il n'y avait pas davantage de phthisie laryngée ni d'œdème de la glotte par celle-ci, l'expiration étant aussi laborieuse que l'inspiration; c'était la dyspnée de la laryngite striduleuse la plus formidable, compliquée, de moment en moment, d'un véritable spasme de la glotte pendant et par lequel la respiration se suspendait complétement et tout à coup. Il y eut même un instant où la suffocation fut telle que les sphincters se relâchèrent, et que le malade laissa échapper urine et matières fécales dont il souillait le parquet de la chambre qu'il parcourait. L'éther et le chloral furent également impuissants; la scène lamentable se prolongea tant que dura la nuit et ne cessa qu'aux premières lueurs du jour. Le malade alors s'endormit, respira paisiblement, sans effort comme sans bruit laryngé. Ni le lendemain d'une nuit si pleine d'angoisses, ni la nuit de ce lendemain, il n'y eut de retour du spasme glottique; mais voici ce qui l'avait précédé et ce qui le suivit :

La veille des accidents laryngés nocturnes, j'avais vu le malade arrivant d'un long voyage. Ses poumons étaient dans un déplorable état; mais ce n'était ni sa toux, ni son expectoration, ni sa dyspnée qui le préoccupaient; ce dont il voulait m'entretenir, c'était d'un grave incident de son voyage : « Pendant tout le trajet, me disait-il, je n'ai eu qu'un souci, qui était de ne pas perdre mon *fondement* (le terme qu'il employait était d'une plus grossière trivialité); malgré tous mes efforts, et j'en suis épuisé, mon fondement m'échappait sans cesse, et je crois bien que je ne l'ai plus. Comment ferai-je désormais pour aller à la *selle*? » (ici encore, de la part de cet homme naguère très-distingué, et devant toute sa famille d'une rare distinction, le mot à dessein le plus repoussant, dont je ne vous donne que la synonymie). Le fait est que durant tout le voyage le malheureux avait divagué sur ce sujet, extravaguant parfois sur d'autres, pour revenir au premier où se complaisait cyniquement son imagination délirante. Il était devenu fou!

Le lendemain des accidents laryngés, je le revis; la folie convulsive du larynx avait cessé, remplacée par un retour de la folie intellectuelle, s'exerçant cette fois sur toute espèce de sujet, mais avec préférence de sujets obscènes. Il chantait des chansons immondes, poursuivait sa jeune femme de gestes érotiques et ne se préoccupait nullement de l'état de sa santé. Tout lui était devenu prétexte à illusions;

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 23 et 30 octobre.

les Amours du plafond lui rappelaient un petit enfant qu'il avait perdu, et il leur adressait la parole comme à son fils; une voiture chargée de ferrailles retentissantes qui passait dans la rue, devenait pour lui une armée en marche avec ses clairons et ses tambours. D'autres fois c'étaient de véritables hallucinations de la nature la plus variée. Il m'aimait bien et causait volontiers familièrement avec moi; je le ramenais à la réalité des choses; puis, tout à coup, le voilà qui s'échappait de nouveau sur la tangente de la déraison.

Il n'y avait pas là de délire sans suite, incohérent, mais une froide aberration; le malade raillait spirituellement son entourage, avec lequel il conversait sans relâche; il reconnaissait parents et amis, mais se fâchait jusqu'à les provoquer en duel, s'ils essayaient de le convaincre de son erreur.

Tous ses actes étaient d'un fou; il mangeait avec la gloutonnerie de l'aliéné et digérait parfaitement les énormes masses d'aliments qu'il dévorait.

Les professeurs Axenfeld et Lasègue, successivement appelés en consultation, reconnurent comme moi une attaque d'aliénation mentale apyrétique survenue au cours de la phthisie pulmonaire, et non du délire fébrile symptomatique d'une affection cérébrale.

Cependant, les lésions pulmonaires suivaient leur cours, et le malade finit par en mourir le 4 juin, un mois environ après le début de sa folie, qui persista jusqu'à la fin.

Des sensations anales réelles furent chez ce jeune homme, comme chez le malade à la phthisie aiguë hémoptysique de ma dernière leçon, une provocation à la manie, qui prit de ce fait une tournure particulière; et ceci m'amène à vous parler de notre malade de la salle Saint-Antoine, entré chez nous le 11 octobre 1873, au dernier degré de la phthisie pulmonaire.

En quelques années, ce jeune homme, de bonne famille de bourgeoisie, avait dissipé son patrimoine par le jeu, le vin et les femmes. Pauvre, il ne s'amenda pas, mais chercha dans l'eau-de-vie une ivresse moins coûteuse et plus rapide. C'est ainsi qu'il devint phthisique.

Or, dans les premiers jours de novembre, il se plaignit de ressentir une douleur anale.

A l'examen, nous découvrîmes un abcès de la marge de l'anus en voie de formation. Trois jours plus tard, l'incision pratiquée par mon interne, M. Léon Andral, donnait issue à une quantité de pus assez considérable. Tout alla bien pendant quelques jours, au bout desquels il se plaignit à M. Andral, qui le pansait, d'éprouver une sensation singulière; il lui semblait que « son fondement lui échappait », qu'il « sortait par l'anus un long boyau ». Invité par M. Andral et par moi à nous montrer ce boyau, il répondit qu'il était rentré. Le lendemain, mêmes plaintes : « il perdait ses boyaux, des boyaux pleins d'eau, dont les uns crevaient au dehors, dont les autres rentraient dans le corps. » Et il faisait devant nous le simulacre de les dérouler. Ce jour-là, également, il se lamentait d'être couvert de vermine; il lui sortait des vers de tous les points du corps. Cette idée devint pour lui un véritable tourment, il voulait être changé à chaque instant, et il rejetait avec horreur sa chemise au milieu de la salle, « parce qu'elle était pleine de vermine ».

Remarquez, je vous prie, que ses conceptions délirantes parties d'une sensation réelle, la douleur anale, se continuaient par « à peu près »; ainsi la douleur à l'anus lui avait fait songer à ses intestins; ceux-ci, qui lui semblaient sortir en longs rubans qu'il croyait dérouler, avaient fait naître l'idée de reptile; celle-ci de *vers*, et enfin celle de vers l'idée de *vermine*.

Cette monomanie persista seule pendant plusieurs jours, au bout desquels elle alterna avec une autre. L'idée de sa fortune perdue éveilla en lui la pensée délirante qu'on lui devait de l'argent; il se levait alors, et voulait partir afin de l'aller chercher.

Enfin, une autre sensation vraie, celle de son oppression, interprétée déraisonnablement, lui faisait croire qu'on tentait de l'étrangler. Cette nouvelle conception délirante remplaça les autres et persista jusqu'à la fin. Par exemple, il se réveillait

en sursaut par le fait de sa dyspnée et criait « au secours! » ajoutant d'un ton lamentable qu'on en voulait à ses jours. Mais, ce qu'il y avait de curieux, c'était l'indifférence du malade pour sa santé générale; il ne pensait plus à sa maladie, dont il se préoccupait autrefois si justement.

Il mourut le 1er décembre, après vingt jours de folie, et par suite de l'aggravation croissante de la phthisie.

Enfin, nous venons d'observer dans nos salles de femmes, à Sainte-Adélaïde, un autre cas de manie terminale, de forme homicide. Une jeune femme atteinte de phthisie chronique fébrile continue, à la période de marasme, dont la pâleur nous avait frappés, et qui semblait assez indifférente à nos questions, auxquelles elle répondait d'une façon brève et parfois railleuse, se leva tout à coup au milieu de la nuit, et, sans mot dire, se précipita sur sa voisine de lit qu'elle essaya d'étrangler en la prenant à la gorge. On parvint non sans peine à dégager la victime des mains de cette forcenée. Le lendemain, je la trouvai froide, impassible et silencieuse; opposant le mutisme le plus absolu aux questions qu'on lui adressait. Elle refusa toute espèce de nourriture pendant la journée. Au milieu de la nuit, la veilleuse remarqua qu'elle se livrait à certains mouvement insolites, et, s'approchant de son lit, la vit en train de s'étrangler; elle s'était passé autour du cou une sorte de garrot qu'elle avait réussi à confectionner dans la journée à l'aide de petits lambeaux de toile noués les uns au bout des autres, et qui démontrait à la fois sa patience et la ténacité de ses idées homicides, que d'autrui elle retournait sur elle-même. Elle succomba quatre jours après, n'ayant consenti à prendre que quelques gorgées de tisane ou de lait.

Son cerveau, comme celui du jeune homme de tout à l'heure, ne présentait aucune lésion apparente, soit dans ses méninges, soit dans ses circonvolutions; ni injection, ni épaississement, ni adhérences des premières; ni injection, ni induration, ni ramollissement des secondes. Il y avait anémie, mais pas plus prononcée qu'on ne l'observe en ces cas de *tabes* pulmonaire.

Chez trois de nos malades, des sensations morbides réelles à la région anale provoquèrent l'explosion du délire ou de la manie, et donnèrent à celle-ci une forme particulière. A cette forme succéda chez l'un d'eux la manie érotique, laquelle est peut-être plus particulièrement propre à la femme phthisique devenue folle. J'en ai vu très-récemment un exemple avec mon ami le docteur Leudet, des Eaux-Bonnes, chez une phthisique au dernier degré du marasme. Elle était veuve, de mœurs très-continentes, au moins en apparence, et fut prise tout à coup, au milieu de sa fièvre, qui ne cessa pas, de manie aiguë, violente, avec paroles, gestes et provocations des plus obscènes à l'égard de tout homme, père, beau-frère ou médecin qui l'approchât.

Le docteur Hahn en cite un très-bel exemple, emprunté à Röbbelen : Au moment où la mort semblait très-prochaine, le dénoûment fut précédé par une scène terrible : la malade était devenue folle; en proie à une manie furieuse, elle frappait avec violence autour d'elle; puis, rejetant toute pudeur, se mit nue devant ses enfants déjà grands, sa mère, septuagénaire, son mari et tous les assistants; se livra à des gestes les plus lascifs, prit les poses les plus obscènes, et fit les propositions les plus catégoriques aux hommes qui l'entouraient.

« Épuisée, remise sur son lit, elle délirait encore. Calmée pour quelques heures par une quinzaine de gouttes de laudanum et des fomentations froides sur la tête, elle recommença le lendemain cette scène lamentable, jusqu'à ce que la mort arrivât, vers l'après-midi, par suite de l'épuisement (1). »

Chez une de nos malades la manie fut homicide; chez l'un d'eux la sensation de dyspnée fut follement interprétée par l'idée d'assassinat commis ou tenté sur sa personne.

Une femme observée par Léopold s'était imaginé que son mari voulait la faire mourir, et lui avait voué de ce fait une haine implacable. Notre malade de la salle

(1) Hahn. *Loc. cit.*, p. 69.

Sainte-Adélaïde, aux tendances homicides et suicides, semblait vouloir se laisser mourir d'inanition. Cette *sitiophobie*, ou haine des aliments, signalée par Steinthal comme complication fréquente de la phthisie pulmonaire, n'est encore en réalité que l'exagération, allant jusqu'à la manie, de l'anorexie des phthisiques.

Il s'en faut bien que l'explosion des accidents maniaques retarde ou modifie nécessairement la marche de la phthisie; dans la plupart des cas, celle-ci s'en aggrave, au contraire; si le malade semble retrouver dans son excitation délirante des forces depuis longtemps disparues, ce n'est que pour retomber bientôt dans un état d'épuisement plus grand qu'avant l'attaque, et proportionnel à celle-ci.

Ce qui a pu tromper quelques observateurs, c'est que les phénomènes cérébraux dominaient momentanément la scène morbide et faisaient oublier les symptômes locaux et généraux de la phthisie.

En fait, mes malades ont succombé entre trois jours et un mois après l'apparition du délire maniaque ou de la manie, et c'est là un fait de pronostic important que je tiens à vous signaler. En général, l'attaque de manie chez un phthisique indique sa fin prochaine. Soyez-en donc avertis et avertissez-en qui de droit.

Il est si vrai que la manie aiguë n'amende pas l'état du phthisique, et que la manie est l'avant-courrière de la mort, que nous avons vu, chez notre malade de la salle Saint-Antoine, se produire dans son cours le fait intéressant suivant : il était infiltré de toutes parts, sans albuminurie, mais en raison de sa cachexie profonde; or, tout à coup, le 28 septembre, dix-sept jours après le début de sa folie, sa figure bouffie cessa de l'être, puis l'anasarque décrut rapidement, de telle sorte qu'en deux jours, elle disparut complétement; le 30 novembre, le malade était mort.

J'ai plusieurs fois déjà attiré votre attention sur la valeur pronostique de l'émaciation brusque de la face, surtout manifeste aux fosses temporales et à la région orbitaire, dans le cours des maladies chroniques, et surtout de la phthisie; elle signifie que la mort va survenir dans deux ou trois jours au plus, parfois dans vingt-quatre heures. Il y a là tout à la fois un fait de contracture des petits vaisseaux et de résorption rapide, mis en évidence par son exagération même chez notre malade infiltré, de la salle Saint-Antoine. En tout cas, il est pratiquement bon de savoir que, dans cette maladie à durée indéfinie et où l'état ne s'aggrave pas sensiblement d'un jour à l'autre, lorsque se produit brusquement l'émaciation du visage, la mort ne tardera pas.

Peut-être n'est-il pas sans intérêt de discuter un instant la cause et la nature de ce délire maniaque ou de cette manie terminale de la phthisie pulmonaire; ce n'est, à coup sûr, ni le fait d'une encéphalite, ni celui d'une méningite, tuberculeuse ou non. La méningite tuberculeuse, qui n'est pas rare dans le cas de phthisie pulmonaire (puisqu'elle n'est qu'une nouvelle forme de localisation du mal général), la méningite tuberculeuse a d'autres allures. Ce n'est pas davantage et nécessairement un fait de congestion. Est-ce donc, comme on l'a dit, le fait de l'anémie cérébrale et de l'inanition de la phthisie? Je crois que si l'anémie et l'inanition jouent un rôle dans le drame cérébral, ce rôle est secondaire.

Je vous ai dit, en effet, que la malade de la salle Sainte-Adélaïde était d'une remarquable pâleur; et son cerveau était aussi pâle que sa figure; le tout était anémié, le tout inanitié, mais c'est là un fait général dans la phthisie, où l'anémie, l'inanition par anémie, et l'atrophie par inanition sont de règle (ainsi pour le cœur, ainsi pour les testicules, etc.), par conséquent, le cerveau de cette femme qui fut atteinte de manie homicide, n'était ni plus ni moins anémié, ni plus ni moins inanitié que celui de telle autre phthisique qui cependant ne délirait seulement pas, loin d'être folle. L'anémie cérébrale et l'inanition, où quelques-uns ont cru voir une cause suffisante de manie, ne suffisent donc pas à l'expliquer dans ces cas, attendu qu'il y a anémie et inanition chez tous les phthisiques à la période ultime de leur phthisie, qu'il est de ces malades un nombre immense, et qu'on n'observe peut-être pas une fois sur mille un cas de manie dans ces conditions matérielles d'anémie et d'inanition cérébrale. De sorte qu'enfin si l'inanition provoque ici le

délire ou la folie, c'est que le cerveau y était prédisposé; l'inanition n'a été qu'un prétexte, une occasion, ou comme on dit si bien, en termes de l'École, une cause occasionnelle; il y fallait de plus, et surtout, une cervelle d'une certaine nature; ce qui nous ramène à l'analyse intime du cas de nos fous. Et vous allez voir qu'ici encore « c'est le malade qui fait sa maladie »; que si nos poitrinaires ne sont devenus fous que parce que poitrinaires, c'est qu'avant leur maladie de poitrine ils étaient déjà des « extravagants »; qu'à l'égal de l'ivresse, la maladie n'a fait ici qu'exagérer et mettre en un plus fort relief des défauts fondamentaux du cerveau; de sorte que si, à la phthisie par déraison a succédé chez eux la déraison par phthisie, ce n'a été pour eux que la perte d'une intelligence sans valeur, d'une raison qui n'avait jamais été qu'en équilibre instable, et qu'ainsi en perdant l'esprit ces gens-là ne perdaient pas grand'chose.

On ne devient donc pas fou par hasard, mais parce qu'on a une faible cervelle, et « qu'on tombe toujours du côté par où l'on penche. » Je connaissais dans sa plus grande intimité, et depuis sa sortie de l'enfance, l'existence du jeune homme dont je vous ai parlé en premier lieu; il était de ceux qui sont pleins d'esprit et n'ont pas le sens commun; son intelligence, ouverte aux choses de l'art, ne pouvait se fixer à rien; s'il faisait de la musique, c'était sans l'avoir apprise, l'étude de quoi que ce fût lui étant impossible autant qu'odieuse; c'était avec la plus grande peine qu'il avait été reçu bachelier, et jamais il ne put obtenir le grade de licencié en droit; d'ailleurs il se serait fait scrupule d'ouvrir un livre de jurisprudence, et ne connaissait du droit que ce que lui en pouvait apprendre un répétiteur dont il interrompait les leçons par ses lazzi. Homme du monde, il gaspillait sa santé; comme homme d'esprit son intelligence; il allait parfois à deux ou trois « soirées » dans une même nuit, soupait largement à la suite, se grisait honnêtement de champagne, dormait d'un sommeil peu réparateur, et recommençait, s'il pouvait, le lendemain, non par vice, mais par légèreté. On le maria, et, peu de mois après, il eut ses premières hémoptysies; phthisique, enfin, il devint fou; il l'avait toujours été quelque peu.

Tel également notre malade du n° 7, dont toute l'existence fut d'un fou. Follement il dépensa sa fortune, comme sa santé, et son cerveau était depuis longtemps affolé quand, le marasme aidant, la manie s'en empara.

Je pense que si l'on allait au fond des choses pour les malades qui, phthisiques, sont devenus fous, on trouverait des antécédents analogues; que, par exemple, telle phthisique folle, à tendance homicide, avait une violence de caractère habituelle; et que telle autre, érotomane, dont on nous dit qu'elle avait toujours eu des mœurs régulières en public, était, dans le particulier, plus sensuelle que de raison.

En résumé, ce que j'ai voulu, par cette leçon, c'est faire voir qu'on peut observer dans la phthisie pulmonaire les troubles les plus importants de l'innervation; que ces troubles sont associés aux formes les plus graves de la tuberculisation, ou apparaissent au moment d'une aggravation définitive et absolument sans merci de la maladie tuberculeuse; qu'ainsi, enfin, ils deviennent un indice important et de l'extrême gravité du mal et de la fin prochaine du malade.

DIAGNOSTIC

ÉVOLUTION DIFFICILE D'UNE DENT DE SAGESSE : ABCÈS PÉRI-MAXILLAIRES ET DU LOBE SPHÉNOIDAL GAUCHE.

A Monsieur le docteur Fréd. Tuefferd, de Montbéliard.

Très-honoré confrère,

J'avais lu l'observation et posé mon diagnostic, aussi l'autopsie m'a-t-elle intrigué. Je ne dissimulerai point qu'à la place des opérateurs, c'est à la caisse du tympan de l'oreille gauche que j'eusse été tout droit demander l'explication des complications advenues. Toute la symp-

tomatologie est, en effet, auriculaire, et l'écoulement de pus du 10 avril suffit à expliquer ma préoccupation.

Depuis les douleurs névralgiques jusqu'à cet écoulement de pus, les vertiges, la paralysie faciale, les douleurs atroces, les vomissements et la durée du mal, sont autant de traits de lumière qui auraient dû faire admettre une complication auriculaire grave, avec retentissement sur le labyrinthe.

L'otite suppurée est le lien cherché entre l'abcès péri-dentaire et l'abcès cérébral, et les lésions si nettes du moteur oculaire externe. Probablement le trijumeau, le facial et le nerf acoustique étaient aussi englobés par le pus, issu peut-être par le méat auditif interne, et venant de la caisse suppurée par otite de voisinage. Certes, la présence du pus dans la caisse du tympan ne donne pas l'explication de celle du pus dans le milieu du lobe cérébral voisin; mais la lésion n'a plus dès lors rien d'extraordinaire, et l'observation rentre dans un cadre connu. La science, en effet, est relativement riche en faits de cet ordre, et les cas d'abcès intra-cérébral sans communication avec le foyer d'origine du pus sont assez nombreux pour être signalés dans les livres classiques et dans les bulletins des Sociétés et dans les mémoires, soit à propos de l'oreille (carie du rocher), soit à propos de l'apophyse mastoïde et de la trépanation.

Agréez, très-honoré confrère, etc. Dr GELLÉ.

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ, par Th. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc. Un volume in-8° de XLIV-635 pages, avec 25 figures intercalées dans le texte. Paris, 1877; J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

C'est un rude travailleur que M. Gallard, et dont les aptitudes nombreuses et variées sont nécessaires à sa grande et féconde activité d'esprit. Notre distingué et laborieux confrère fait mentir le vieux proverbe : « Qui trop embrasse, etc. » M. Gallard, en effet, cultive avec un égal succès l'hygiène, la médecine légale et la police médicale, la gynécologie et l'enseignement de la clinique interne, et sur tout cela, il a publié des travaux estimés et remarquables, qui lui ont valu parmi ses contemporains et les élèves une notoriété du meilleur aloi.

Nous avons à rendre compte aujourd'hui de la dernière production de notre confrère, à savoir, de son volume intitulé : *Clinique médicale de la Pitié.*

M. Gallard a exposé dans sa Préface, de la manière suivante, le but qu'il a visé en publiant ce livre :

« Je n'ai pas entrepris de donner la relation, exacte et complète, d'une série de leçons faites pendant le cours d'une année ou d'un semestre. Un livre ainsi composé n'offrirait aucun intérêt au public médical, car il y a une quantité de questions, pour ainsi dire banales, qu'on ne peut se dispenser de traiter devant les élèves, si l'on tient réellement à les instruire. Le seul mérite du professeur, qui traite ces questions, doit consister à enseigner clairement, méthodiquement, les notions les plus vulgaires, celles qui sont connues de tous, sans avoir la prétention d'y ajouter rien qui lui soit propre. Les leçons consacrées à de semblables sujets, — qui doivent être les plus nombreuses pour celui qui a véritablement souci de l'intérêt de ceux qui l'écoutent, car elles sont de beaucoup les plus utiles pour les élèves, — n'apprendraient rien à mes lecteurs, aussi n'ai-je jamais songé à les imprimer.

« Je me suis donc borné à recueillir celles qui m'ont paru de nature à éclaircir des questions encore indécises, celles dans lesquelles j'ai pu produire des faits nouveaux ou développer des idées qui me soient personnelles, et je les ai, en quelque sorte, choisies et triées dans le grand nombre de celles que j'ai professées depuis une dizaine d'années. »

Se préoccupant toujours et avant tout des questions pratiques, M. Gallard a donné dans ses leçons de grands développements aux maladies de l'estomac. Il débute par un chapitre sur les *troubles digestifs dus à l'alcoolisme,* dans lequel il montre comment se produit la gastrite alcoolique, et en s'appuyant sur un fait observé dans son service, il rapproche de l'action de l'alcool celle que l'éther ingéré dans les voies digestive exerce sur la muqueuse de l'estomac. Il fait voir comment l'alcool circule avec le sang, et quelles altérations il fait subir à ce liquide avant de porter son action sur les divers parenchymes du foie et du rein. Il montre l'analogie de ces lésions du tissu avec celles qui sont dues à la syphilis. Puis, étudiant en hygiéniste la question de l'ivrognerie, il signale l'influence pernicieuse que l'âge de la ménopause exerce sur les femmes qui n'avaient eu jusque-là qu'un léger penchant vers ce vice auquel elles succombent alors tout à fait et s'adonnent avec fureur, pour peu qu'elles y soient enclines.

Cette substantielle leçon est précédée de généralités sur l'enseignement de la clinique et d'excellents conseils donnés aux jeunes élèves pour suivre avec fruit, et aussi méthodique-

ment que possible, les cliniques hospitalières. Cette leçon d'introduction ayant été en grande partie publiée dans l'UNION MÉDICALE, nous n'avons qu'à la rappeler au souvenir de nos lecteurs; quoique nous soyons convaincus qu'ils n'ont pas oublié les sages réserves de M. Gallard sur l'entraînement excessif de quelques pathologistes actuels vers les applications des sciences physico-chimiques à la pathologie.

Dans une autre leçon consacrée à la *dyspepsie*, M. Gallard n'hésite pas à considérer cet état morbide comme pouvant se produire dans un certain nombre de cas indépendants de toute lésion matérielle des organes ou des tissus, et comme constituant un simple trouble fonctionnel. C'est une idée peut-être un peu hardie par le temps qui court, et sur laquelle l'auteur revient dans une autre partie de son livre, à propos de la crampe des écrivains, de façon à nous montrer qu'avant de la formuler, il y a mûrement réfléchi, et que, pour lui, il existe bien réellement des troubles morbides sérieux et graves, qui peuvent se produire sans qu'il y ait de localisation organique ni d'altération matérielle appréciable à nos moyens actuels d'investigation.

Ce n'est pas nous assurément qui trouverons à reprendre à ces restrictions prudentes faites à un organicisme exagéré. M. Gallard fait preuve, ici, d'autant de courage que de bon sens en professant une opinion si opposée à l'opinion régnante. Notre devoir était de le signaler, et c'est ce que nous faisons avec une certaine satisfaction, puisque nous sommes en communion d'idées avec M. Gallard sur ce point doctrinal.

Après avoir ainsi expliqué la production des dyspepsies par cause morale (chagrins, émotions, préoccupations de toute nature) et montré comment les causes qui, suivant l'expression si caractéristique de Brinton, sont de celles qui « se passent dans le monde invisible de la pensée », agissent par l'intermédiaire du système nerveux sur la sécrétion glandulaire, sans que cependant la structure de la glande soit modifiée, l'auteur décrit une forme de dyspepsie qui n'était pas encore connue, et dont le premier exemple authentique est dû à son observation personnelle. C'est la *dyspepsie par défaut d'acidité du suc gastrique résultant d'une sudation abondante habituelle*. Par opposition à la *dyspepsie acide* qui est certainement la plus fréquente de toutes, on avait bien admis une *dyspepsie alcaline*, mais on n'en produisait pas d'exemples probants, et surtout on ne savait pas comment expliquer le mécanisme de sa production.

M. Gallard n'a pas vu, plus que les auteurs qui l'ont précédé, la dyspepsie véritablement et absolument alcaline; mais partant de cette donnée qu'il suffit d'une diminution peu considérable de l'acidité normale du suc gastrique pour entraver d'une façon notable le travail de la digestion, il a attribué à cette diminution de l'acidité du suc gastrique qui ne manque jamais de se produire au moment même où un individu est soumis à une sueur abondante, il lui a attribué les troubles digestifs observés chez un jeune garçon employé au travail de l'étuve dans une fabrique de chocolat. Puis, généralisant ce fait, il a montré comment la même cause produit les mêmes effets chez les individus qui se livrent à un exercice violent après leur repas, chez les habitants des pays chauds, dont les fonctions digestives sont si facilement troublées, chez les soldats en campagne pendant l'été, etc.

C'est ainsi que la physiologie est venue aider la clinique à éclairer cette grande question d'hygiène, si obscure jusque-là, de l'influence des températures élevées sur la façon dont s'opère la digestion, et de l'utilité des boissons aqueuses légèrement acidulées chez les individus qui sont exposés à d'abondantes sécrétions sudorales.

Voilà certes un point de vue aussi intéressant que nouveau. Si Trousseau a exagéré l'influence fâcheuse de l'emploi des alcalins, si de son côté M. Mialhe, dans un récent travail lu à l'Académie de médecine, s'est peut-être montré trop indulgent envers les eaux alcalines, la doctrine de M. Gallard viendrait tout concilier, car elle maintient le fait de la dyspepsie alcaline, mais en lui donnant une autre étiologie plus vraisemblable.

(*A suivre.*) A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 août 1877. — Présidence de M. Empis.

SOMMAIRE. — Correspondance manuscrite et imprimée. — Présentation d'un malade atteint d'une *atrophie testiculaire consécutive à une orchite ourlienne*, par M. Lereboullet. Discussion : MM. Rendu, Vallin, Lacassagne. — Présentation de plusieurs fragments de *tænia*, par M. Vallin. Discussion : M. Laboulbène.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Note sur une nouvelle méthode pour la détermination quantitative du sucre dans le sang*, par le docteur Pavy, et une sur la *physiologie du sucre en rapport avec le sang*, par le même auteur. — *Marseille médical*, 1877. — *Revue médicale de Toulouse*, 1877. — *Bulletins* de la Société anatomique de Paris.

Correspondance manuscrite : Lettres de candidature de MM. Gouguenheim, Hallopeau et Debove.

M. Féréol offre en hommage à la Société un travail sur le *rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats.* (Communiqué à la Société clinique de Paris.)

—

M. Lereboullet présente un malade atteint d'une *atrophie testiculaire* consécutive à une *orchite ourlienne.* Les faits de ce genre ont été assez souvent signalés, surtout depuis que Grisolle appela l'attention sur leur fréquence. Cependant, dans tous les cas observés jusqu'à ce jour par M. Lereboullet, l'atrophie testiculaire a été transitoire. Le malade soumis à l'observation des membres de la Société présente, au contraire, une atrophie testiculaire complète et très-certainement définitive, le développement de chaque glande ne dépassant pas le volume d'une amande. Ce jeune homme, âgé de 22 ans, présentait il y a quatre mois tous les attributs physiques et physiologiques de la virilité. Il y a trois mois, il fut atteint d'oreillons. La maladie évolua sans fièvre, sans grande douleur, sans présenter, à son début, aucune complication. Quatre jours après le développement complet du gonflement périparotidien, les testicules furent atteints à leur tour; en très-peu de temps (trois à quatre jours) ils triplèrent de volume; l'épididyme resta indemme; la douleur fut modérée. Admis à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Villemin, ce jeune soldat présentait encore un gonflement parotidien assez marqué en même temps qu'une orchite double déjà en voie de régression. En vingt jours, les deux testicules s'atrophièrent complétement, ainsi qu'on peut le constater aujourd'hui. Mais, en même temps, les glandes mammaires se développèrent à leur tour. Aujourd'hui, on constate de la manière la plus évidente le gonflement de la glande, surtout du côté gauche, un lacis veineux très-apparent à la surface cutanée, l'absence de barbe et de poils à la partie antérieure de la poitrine. La verge est bien développée et le pubis garni de poils; mais tout appétit vénérien a disparu; les érections, autrefois fréquentes et suivies d'éjaculation, ne peuvent plus se produire. M. Lereboullet croit les faits de ce genre assez rares, et c'est pourquoi il a cru devoir présenter ce malade à ses collègues.

M. Rendu : M. Gubler, après M. Galliet (de Reims), qui a fait un travail très-intéressant sur ce sujet, a signalé le développement de la glande mammaire à la suite de l'atrophie testiculaire; il a vu notamment ce développement exagéré du côté où siégeait l'atrophie du testicule. C'est là une preuve de l'antagonisme entre le développement des testicules et des glandes mammaires.

M. Vallin : Cet homme, présentant tous les signes de la virilité, ne saurait, aux termes de l'instruction ministérielle, être exempté du service militaire.

MM. Lereboullet et Lacassagne ne partagent pas cette opinion.

—

M. Vallin présente à la Société plusieurs fragments de tænia qui lui ont paru intéressants en raison de leur coloration brune, et par ce fait que les anneaux sont, sur une grande longueur, fondus en une bandelette continue. Voici l'histoire sommaire du malade qui a fourni ce tænia :

Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui revient du Sénégal, où il a passé plusieurs années; au mois d'avril dernier, il est entré à l'hôpital de Gorée pour se délivrer d'un tænia dont il rendait des fragments depuis plusieurs mois. On lui donna du kousso, et il rendit un peloton volumineux où l'on démêla deux cous très-atténués, mais dépourvus de tête. Ces deux tænias étaient parfaitement blancs, et cinq autres malades qui se trouvaient dans la même salle rendirent également sous ses yeux des tænias ayant la couleur habituelle. Cet homme, très-anémique, présentant tous les caractères de la cachexie palustre, entra dans le service de M. Vallin au Val-de-Grâce, il y a un mois environ. Il rendait plusieurs fois par semaine, spontanément, des anneaux doués de mouvement. M. Vallin put constater la coloration blanchâtre.

Le 22 juillet, on administra au malade une macération bouillie de 70 grammes d'écorces de grenadier, suivant la méthode préconisée par M. Laboulbène; une demi-heure après l'ingestion de l'apozème, le malade prit 45 grammes d'huile de ricin, et comme trois heures plus tard il n'y avait pas eu de selles, on donna une bouteille d'eau de Sedlitz. Malgré ces deux purgatifs, le malade ne rendit dans la journée qu'une selle liquide, sans traces de cucurbitins; mais le lendemain, à midi, plus de vingt-quatre heures après le tænifuge, il expulsa

une masse volumineuse de rubans, les uns blancs, à pores marginaux irrégulièrement alternes comme chez le tænia inerme, les autres d'une coloration brune, de teinte amadou. M. Vallin crut tout d'abord qu'il y avait deux tænias, un blanc et un noir; mais en cherchant à démêler le peloton, il reconnut qu'il n'y avait qu'un seul ver, dont la partie probablement terminale était brune sur une longueur de deux mètres; à partir d'un point parfaitement précis, le changement de couleur avait lieu, la moitié d'un anneau était d'un blanc nacré, l'autre était brune. Le séjour dans l'alcool a rendu la partie bistre un peu plus pâle, et la partie blanche moins nacrée; mais, après plus de quinze jours de macération, la différence est encore très-frappante. La tête n'avait pas été expulsée, et même l'extrémité la plus rétrécie ne mesurait pas moins de 5 millimètres; la partie brune mesurait près de 1 centimètre.

Le 28 juillet, le malade rendit spontanément 12 à 15 anneaux assez larges, parfaitement blancs, très-vivaces. Comme les anneaux étaient larges et que le malade désirait être débarrassé complétement avant de quitter l'hôpital, on lui donna le 2 août une nouvelle dose de grenadier. Presque immédiatement après l'ingestion du tænifuge, le malade ressentit des nausées; il avala cependant un verre d'eau de Sedlitz, qui provoqua le rejet non-seulement du purgatif, mais de la presque totalité de la décoction, très-reconnaissable à la teinte foncée et à son goût. Le lendemain, expulsion d'un paquet volumineux ayant une coloration très-foncée sur toute sa longueur; la tête faisait également défaut.

Le 4, expulsion spontanée de cucurbitins blancs, très-mobiles, aussi larges que la première fois.

Le 5 août, nouvelle dose du tænifuge, sans aucun effet; une ou deux selles exemptes d'anneaux.

Le 9, quelques anneaux blancs, fondus ensemble, présentant en deux points des pertes de substance, comme dans le *tænia fenestrata;* ces fenêtres correspondent évidemment à la rupture de la paroi des ovaires.

En voyant cette coloration si foncée et si caractéristique, M. Vallin pensa, au premier examen, qu'il s'agissait d'un nouvel exemple de ce tænia pigmenté, ardoisé, dont M. Laboulbène entretenait la Société en décembre 1875. Il croit plutôt qu'il y a eu ici simple imbibition par la matière colorante du grenadier; l'expulsion a été tardive, la partie inférieure du ver a été tuée, et la partie qui avait cessé de vivre s'est seule imprégnée de la matière colorante; le ruban brunâtre était en effet plus mou, plus flasque que la zone blanche, et paraissait avoir subi un commencement de décomposition. La seconde fois, bien que la presque totalité du breuvage ait été immédiatement vomie, les mêmes phénomènes se sont reproduits. Pourquoi cet effet ne se produit-il pas plus souvent? Il semble, en outre, que le grenadier agisse plus activement sur la portion inférieure du ver dont la vitalité est moindre; cette observation servira peut-être à éclairer le mode d'action de l'écorce de grenadier comme tænifuge.

Ce ver présente encore une autre particularité. Sur une longue étendue, les reliefs qui limitent les proglottis ont disparu; ceux-ci sont intimement soudés l'un à l'autre, sans trace apparente au niveau de la fusion; sur une grande longueur, le ver est réellement continu. Les pores génitaux situés sur les bords rappellent seuls la division en zoonites; ces pores ont une disposition très-irrégulière; ils sont quelquefois saillants, sous forme d'un appendice puriforme, rétractés à la façon d'une cicatrice; on les trouve parfois, non plus sur le bord, mais sur la face de la bandelette.

Cette disposition est identique à celle qui a été observée dans un cas par M. Colin, au Val-de-Grâce, en 1868, et dont il a donné la description dans la dernier volume des *Bulletins* (t. XII, p. 324). Le malade de M. Vallin avait contracté son tænia au Sénégal, comme celui de M. Colin (*tænia fusa, continua*). Y a-t-il simple coïncidence résultant de la plus grande fréquence de ce ver au Sénégal? ou bien y a-t-il un trouble de nutrition plus commun en Afrique? Il semble, toutefois, que ce n'est pas la partie terminale du ver qui seule subit cette difformité; car, deux jours avant l'expulsion de la masse dont une partie était *continue*, le malade avait rendu spontanément de courts fragments dont les proglottis étaient parfaitement distincts, et qui à ce moment devaient représenter l'extrémité même du ver.

M. Laboulbène ne croit pas que la coloration du tænia présenté par M. Vallin soit caractéristique, elle lui paraît due à une cause accidentelle.

La fénestration du ver et la palescence des anneaux sont fort remarquables, surtout quand on les compare avec les premiers spécimens de tænia de la même provenance et offrant les mêmes altérations, déjà présentés à la Société par M. Léon Colin en 1875.

M. Laboulbène pense que nos collègues de la médecine militaire pourront peut-être préciser l'espèce de tænia dont il s'agit, en recueillant de nouveaux individus pourvus de la tête ou scolex. Il ne serait pas surpris que ce tænia fût identique avec celui dont parlent Gervais et van Beneden dans leur *Zoologie médicale*, et que Schmidtmüller a appelé tænia des tropiques (*Bothriocephalus tropicus*).

Enfin, notre collègue demande si, au Sénégal, l'alimentation par la viande d'un bœuf ou d'un autre animal de boucherie, ayant des cysticerques spéciaux, a été signalée ou constatée?

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire, MARTINEAU.

JOURNAL DES JOURNAUX

Albuminurie pendant la grossesse; guérison par le jaborandi, par M. LANGLET, de Reims. — Exemple d'une femme enceinte de trois mois, et qui, depuis six semaines, offrait de l'œdème des jambes, une oppression vive, de la céphalalgie, des vomissements, etc. Urines très-rares, très-chargées d'albumine, aucunement modifiées par les diurétiques ordinaires. Dès le premier jour de l'administration du jaborandi, il y a eu de la salivation, peu de sudation, mais en revanche une augmentation de la quantité d'urine émise, phénomène qui a persisté les jours suivants. Pendant *seize jours,* sans interruption, la malade prit du jaborandi, et, dans cet espace de temps, la résorption de l'œdème se fit, l'albumine décrut, les phénomènes généraux s'amendèrent, et l'accouchement put très-bien s'effectuer, l'enfant étant bien portant.

Ce fait vient corroborer les observations publiées par Gubler et Rendu (*Union médicale et scientifique du Nord-Est,* n° 6, p. 177.) — H. H.

Note sur les atrophies partielles des circonvolutions cérébrales, consécutivement aux amputations anciennes des membres du côté opposé, par M. A. PITRES. — Les travaux de Vulpian et Dickinson ont établi les modifications qui surviennent dans la moelle à la suite de la section des nerfs ou de l'amputation des membres. Or, quelques auteurs ont admis dernièrement que cette atrophie pouvait, non-seulement porter sur la moelle, mais aussi s'étendre jusqu'aux circonvolutions cérébrales de l'hémisphère du côté opposé. Ces observations se rapportent à des individus avancés en âge, et personne n'ignore la fréquence d'atrophies partielles des circonvolutions sur les cerveaux des vieillards.

M. Pitres a fait sur deux chats l'amputation d'un membre, avant que ces animaux eussent acquis leur complet développement, et, vingt-huit heures après, il les sacrifia. Or, il constata une atrophie de la moitié du renflement brachial de la moelle, avec l'intégrité absolue du bulbe, de la protubérance, des pédoncules et des hémisphères cérébraux. (Soc. de biol. et *Gaz. méd. de Paris,* 1877.) — H. H.

Ulcère perforant du duodénum; perforation intestinale et péritonite suraiguë; mort, par H. HENROT, de Reims. — Homme dans la force de l'âge, robuste, mais ayant fait des excès alcooliques, éprouve subitement une douleur très-vive dans l'abdomen; bientôt surviennent du ballonnement, des vomissements, de la petitesse du pouls, du refroidissement des extrémités, etc. La mort arrive après trente et une heures. Dans ce cas, le diagnostic pouvait présenter des difficultés, et l'on pouvait croire à l'existence d'un étranglement, d'autant plus que le malade portait une hernie, ou encore à l'existence d'un empoisonnement. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un ulcère du duodénum ouvert dans la cavité péritonéale. (*Union méd. et sc. du Nord-Est,* n° 6, p. 200.) — H. H.

FORMULAIRE

PILULES CONTRE LES SUEURS NOCTURNES. — PORCHER.

Sulfate d'atropine.	0 gr. 01 centigr.
Extrait de gentiane.	0 gr. 10 centigr.
Gomme q. s. pour 10 pilules.	

Une ou deux par jour, pour combattre les sueurs nocturnes des phthisiques. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 6 NOVEMBRE 1797.

Gabriel Andral naît à Paris. La vie scientifique de ce grand médecin est connue de toute notre génération. M. Chauffard lui a consacré une remarquable étude qu'a fait connaître le rédacteur en chef de ce journal. — A. CH.

COURRIER

Le cyclone des côtes du Bengale. — Un rapport officiel du gouvernement de l'Inde nous apprend que ce cyclone a coûté la vie à 165,000 personnes sur le million d'habitants qui peuplaient le territoire envahi.

Tritoma uvaria. — Une jolie trouvaille faite par un agriculteur :

Il existe une fleur répondant au nom barbare de *tritoma uvaria*, qui est une fleur matinale. La corolle, ouverte le matin, se ferme à midi. Si une abeille se trouve dans cette fleur au moment où elle s'endort et ferme ses délicates paupières, la pauvre abeille demeure emprisonnée et meurt dans la corolle devenue prison.

Morte dans une fleur, n'est-ce pas une fin poétique et gracieuse pour une abeille?

Le jardin zoologique de Marseille. — M. Albert Geoffroy-Saint-Hilaire vient d'aller à Marseille, afin de s'entendre avec les autorités municipales pour transformer le Jardin des plantes de cette ville en succursale du grand Jardin d'acclimatation de Paris. On sait, d'ailleurs, que cet établissement possède déjà une très-belle succursale à l'île d'Hyères.

Ces deux succursales sont destinées à servir de lieu de transition pour les espèces des pays chauds, qu'on veut acclimater en France. Elles trouveront, à Marseillle comme à Hyères, un climat tout spécial, intermédiaire entre leur climat d'origine et le climat de Paris.

Voici les bases principales de la convention qui doit intervenir entre la ville de Marseille et le Jardin d'acclimatation de Paris.

L'exploitation sera concédée pour neuf ans à M. Geoffroy-Saint-Hilaire, directeur de l'établissement de ce genre à Paris. Cet établissement sera régi par la même Société que celui de la capitale, et prendra le titre de « Succursale du Jardin d'acclimatation de Paris. »

Le cahier des charges imposera à la Société l'obligation de repeupler le jardin d'animaux, selon un état spécial qui sera ultérieurement établi; l'obligation d'entretenir les plates-bandes du plateau de Longchamp, du Jardin zoologique, du Musée et de l'Observatoire; de remettre toutes les années à la Ville 30,000 jeunes plantes destinées à l'entretien des squares.

Il contiendra aussi la stipulation que les corps des animaux qui succomberaient seraient cédés gratuitement au Muséum, ou à l'École de médecine, ou à la Faculté des sciences.

Le cahier des charges imposera aussi aux concessionnaires une remise en état générale et des constructions nouvelles, — singerie, parc pour les ruminants, parc pour les échassiers, pièces d'eau, etc., — et d'autres travaux qui ont été évalués à 55,000 francs et que la Société prendra à forfait pour une somme de 40,000 francs. Elle fera l'avance de cette somme dont la Ville opérera le remboursement en quatre annuités de 10,000 francs sans intérêt.

L'intérêt de ce capital, soit 2,000 fr., ajouté aux 36,000 francs de subvention qui seraient alloués, représente une somme inférieure à celle que la ville de Marseille a faite, pendant ces sept dernières années, pour entretenir ces établissements dans l'état actuel, c'est-à-dire sans animaux. Cette dépense était de 39,000 francs par an.

L'entrée du jardin sera gratuite les dimanches, pendant toute la journée, ainsi que les jours de Noël, de l'Ascension, du Sacré-Cœur, de l'Assomption et de la Toussaint. Elle sera, en outre, gratuite pendant toute l'année pour les élèves des écoles communales conduits par leurs professeurs, et le tarif sera réduit à 10 centimes par personne pour les pensions. (*Revue scientifique.*)

Falsification des vins. — On écrit de Berlin le 29 octobre :

« L'histoire de la falsification, ou, pour dire plus vrai, de la fabrication des vins, s'est enrichie, depuis peu, de nouveaux faits bien édifiants.

« On sait qu'un marchand de vins en gros de Berlin, M. L. Bamberger, s'est dévoué à la tâche, digne de la reconnaissance publique, mais aussi grosse de périls, de dévoiler publiquement les fraudeurs qui, en Allemagne, déshonoraient avec une effronterie chaque jour croissante le noble produit de la vigne. A cet effet, cet honnête industriel se charge de faire analyser gratuitement tous les échantillons de vins que lui enverraient les maîtres d'hôtel d'Allemagne, et le Palatinat ne s'est pas fait faute d'expédier des spécimens douteux à l'éprouvette de M. Bamberger. Celui-ci vient de publier le premier résultat de ses expériences.

« Il ressort de son rapport que les vins falsifiés portaient les étiquettes de produits tant allemands que français et espagnols; qu'il y était fait effrontément la distinction de « avec bouquet et sans bouquet », et que parmi les nombreuses fabriques de vins qui existent maintenant en Allemagne, il en est deux qui méritent la palme d'honneur, en ce que leurs vins ne contiennent pas une goutte de produit naturel. La première, qui fournit une cour, crée des vins rouges dont voici la composition chimique trouvée par le docteur Teucher, de Halle : 9.34 p. 100 d'alcool, 2.34 p. 100 d'extraits divers, 0.36 p. 100 d'acide et 0.39 p. 100 de sel.

Un autre vin analysé par le docteur Zuirch a donné pour éléments : 0.06 p. 100 d'acide acétique et 2.47 p 100 d'acide muriatique, c'est-à-dire quatre fois plus qu'il n'y en a dans le vin naturel. La glycérine et une matière colorante quelconque achevaient ce soi-disant vin dans lequel n'entrait pas une goutte du produit de la vigne. On se demande où et quand s'arrêtera cette cynique industrie. »

Un cas de rage chez une sœur garde-malade. — Nous apprenons à l'instant une triste nouvelle. Une des sœurs gardes-malades de l'Ordre de Troyes a succombé, le 17 octobre dernier, à une attaque de rage contractée dans des circonstances telles que nous croyons devoir les signaler :

Il y a un mois, la sœur S... se trouvait en province où elle accompagnait un enfant malade. On avait rencontré dans le pays plusieurs chiens enragés. Dans une promenade, la sœur, dirigeant une petite bande de cinq enfants dont le plus âgé n'avait pas huit ans, fut tout à coup assaillie par un chien de berger de haute taille qui l'attaqua avec fureur. A la vue de ce chien à mine sinistre, à la gueule dégouttant de bave, elle comprit à l'instant le danger et, se jetant résolûment entre les enfants affolés et l'animal furieux, elle en soutint bravement l'assaut. Dès la première attaque elle fut cruellement mordue, et le chien, excité par les cris des enfants, che-cha aussitôt à se jeter sur eux. Alors eut lieu un acte de dévouement sublime. Protégeant de son corps les enfants cramponnés à ses jupes et criant de terreur, la digne fille marcha sur le chien et se jeta bravement sur lui. Pendant plus de dix minutes elle s'attacha à l'animal, se roulant avec lui, cherchant à l'étouffer et enfonçant le poing dans sa gueule, sans souci des morsures qui la déchiraient. Alors seulement, le chien, effrayé par quelques paysans qui survenaient, abandonna la pauvre fille pour se jeter sur ses nouveaux agresseurs, qui le tuèrent à coups de bâton. La sœur s'éloigna, les mains et les bras lacérés par quinze blessures profondes ; une artère importante avait été ouverte. Des soins intelligents lui furent donnés. On appliqua des ligatures, et les parties déchirées furent cautérisées avec l'ammoniaque. Deux heures après, le médecin, qui habitait à quelques lieues de là, pratiqua au fer rouge de profondes cautérisations. La pauvre victime ne se faisait aucune illusion.

Dès que l'état des blessures le permit, elle fut ramenée à Paris, et pendant quelques jours on put avoir quelques espérances. Mercredi dernier des vomissements se déclarèrent ; les spasmes du pharynx, l'hydrophobie, l'agitation incessante, ne laissèrent aucun doute sur la nature des accidents. La sœur S... a succombé mardi soir, sans faiblir un instant, ne se préoccupant que d'éloigner d'elle les femmes dévouées qui lui prodiguaient leurs soins, heureuse de son sacrifice et trouvant une consolation suprême dans la certitude d'avoir sauvé au prix de sa vie les cinq enfants qui lui avaient été confiés. On ne commente pas de pareils traits d'héroïsme. Leur souvenir devient un titre de gloire pour les familles auxquelles appartenaient leurs auteurs, et représente aux yeux de tous l'esprit de sacrifice et de dévouement dans sa plus sublime expression. (*Gaz. hebdom.*)

Hôpital des Enfants. — M. le docteur Jules Simon commencera ses conférences le mercredi 14 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

École pratique. — M. le docteur P. Ménière commencera son cours de *thérapeutique médico-chirurgicale des affections de l'utérus et annexes*, le vendredi 9 novembre, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, à 3 heures, et le continuera les vendredis suivants.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le docteur Henri Picard commencera, le jeudi 8 novembre, à 8 heures du soir (amphithéâtre n° 1 de l'École pratique), un cours public sur les maladies de l'appareil urinaire, qu'il continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Cours permanents d'accouchements (année scolaire 1877-1878). — *Premier semestre :* M. le docteur Migon, professeur libre, commencera, le vendredi 9 novembre 1877, à trois heures de l'après-midi, un nouveau cours complet d'accouchements, à son dispensaire, n° 1 *bis*, rue Hautefeuille (place Saint-Michel).

Les leçons auront lieu : le lundi, le mercredi, le vendredi, à trois heures (cours théorique) ; — le mardi et le samedi, à quatre heures (cours pratique).

La première leçon est publique et gratuite.

École pratique (cours libres). — *Hygiène et maladies des nourrissons.* — M. le docteur Brochard commencera ce cours le mercredi 14 novembre, à 8 heures du soir, et le continuera tous les mercredis, à la même heure, amphithéâtre n° 2.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au milieu des très-nombreuses présentations qui ont absorbé le premier tiers de la séance, nous appellerons l'attention de nos lecteurs sur le travail présenté par M. Vulpian, travail inspiré par lui et dont les faits ont été recueillis dans son service d'hôpital, travail essentiellement pratique, et qui sera certainement accueilli avec faveur par les praticiens. Il s'agit de l'emploi d'un moyen efficace pour arrêter les sueurs pathologiques, et notamment les sueurs nocturnes et matutinales des malheureux phthisiques. On sait combien ce symptôme est pénible pour les tristes victimes de la tuberculose, en même temps qu'il hâte le dénouement fatal. On ne sait aussi que trop combien sont nombreuses, mais complétement inefficaces, les médications indiquées par la thérapeutique. M. Vulpian a expérimenté un moyen nouveau et qui lui a constamment réussi dans une centaine de cas, a-t-il dit. Ce moyen, c'est le sulfate d'atropine sous forme pilulaire, à la dose d'un demi-milligramme par pilule. On commence par une pilule administrée le soir, et l'on augmente le nombre des pilules selon les besoins.

A l'occasion du procès-verbal, M. J. Guérin est revenu, par la lecture d'une note, sur la question de l'allaitement artificiel des nouveau-nés. Il est très-vrai, ainsi que l'a très-bien dit M. Guérin, que l'allaitement artificiel s'impose malheureusement dans un grand nombre de circonstances. Par cela même, il serait bon de chercher les moyens d'en prévenir les dangers et de l'améliorer. Mais le moyen proposé par le Conseil municipal de Paris était-il convenable et praticable? Voilà toute la question sur laquelle l'Académie était consultée, et sur laquelle avec grande raison, selon nous, elle a répondu négativement. Ce sont ces expressions : *Expériences en grand*, qui ont indisposé l'Académie, et qui certainement effrayeraient le public. Si, au lieu de défendre la proposition véritablement peu réfléchie de l'édilité parisienne, M. J. Guérin, avec sa compétence, se fût borné à faire des réserves sur la question de l'allaitement artificiel, et eût demandé la mise à l'étude de ce sujet intéressant, il est probable qu'il n'eût rencontré aucune opposition.

M. Proust, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, a communiqué à l'Académie les résultats de l'enquête sur la rage, en France, pendant les huit dernières années.

M. Gubler, qui donne le bon exemple de l'exactitude comme rapporteur, a fait un rapport sur un complément d'un mémoire de M. Oré, de Bordeaux, sur l'antagonisme du chloral et de la strychnine, et sur la similitude des symptômes de l'empoisonnement par l'amanite bulbeuse avec l'empoisonnement par la strychnine.

Cette dernière partie du rapport de M. Gubler a soulevé une discussion qui a présenté un véritable intérêt. M. le rapporteur a formellement contesté l'analogie qu'a voulu établir M. Oré entre les deux empoisonnements. Un seul syndrome, l'action tétanique, ne suffit pas pour établir cette analogie, alors surtout que de nombreuses dissemblances sont signalées dans les phénomènes morbides.

Ainsi, les altérations de la muqueuse intestinale, graves dans l'empoisonnement par l'amanite, sont bien moins caractérisées dans l'empoisonnement par la strychnine. Dans celui-ci, les phénomènes morbides apparaissent avec rapidité ; dans celui-là, ils se manifestent beaucoup plus lentement.

Ces explications n'ont pas satisfait M. Colin, qui a présenté des objections que l'on trouvera au compte rendu de la séance, ainsi que la discussion qui est intervenue. A. L.

NÉCROLOGIE. — Une bien triste nouvelle nous arrive. L'esprit charmant, le spirituel et humouristique auteur de l'ouvrage intitulé : *Le médecin des villes et des campagnes*, M. Munaret, vient de succomber à Brignais, près de Lyon, aux suites d'une hémorrhagie cérébrale. Le *Lyon médical*, qui nous apporte cette douloureuse nouvelle, ne l'a apprise qu'au moment de mettre sous presse, et n'a pu donner aucun détail sur la maladie, la mort et les obsèques de cet aimable et bien regrettable confrère.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

Hôpital de la Charité. — M. le professeur GOSSELIN.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES DIVERSES VARIÉTÉS D'ARTHRITES

Suite. — (Voir le numéro du 1er novembre.)

Voilà donc un fait certain : Nous sommes en présence d'une synovite fongueuse, d'une tumeur blanche, pour me servir de l'expression consacrée par Reymark, d'une maladie qui peut, à la rigueur, conduire ceux qui en sont atteints à la suppression des mouvements, peut-être à l'établissement d'une ankylose, à la condition, toutefois, que l'articulation ne suppurera pas, et que la synoviale se transformera en un tissu un peu moins mauvais que celui qui est caractérisé par des fongosités; c'est-à-dire en tissu celluleux ou cellulo-fibreux, transformation qui coïncide volontiers avec l'établissement de l'ankylose.

Malheureusement, cette transformation est difficile à réaliser chez un homme de 55 ans, déjà vieux, par conséquent, comme le premier de nos malades, et ayant en outre une mauvaise santé. On peut y prétendre avec plus de chance de succès chez le second, qui n'a que 18 ans.

Ainsi donc, synovite fongueuse ou tumeur blanche avec une certaine tendance à la suppuration, pouvant, mais après un temps très-long, se transformer en tissu celluleux ou cellulo-fibreux moins susceptible de suppurer, et s'accompagner peut-être d'une ankylose, voilà ce qui est certain pour le diagnostic anatomique, quoique cependant, chez aucun de ces sujets, ce diagnostic ne soit confirmé par l'existence de la diathèse scrofuleuse.

Mais, maintenant, ce qui est incertain dans le diagnostic anatomique, c'est ceci : Sans doute, l'articulation ne renferme pas d'épanchement liquide; sans doute, il n'y a encore actuellement de suppuration ni chez l'un ni chez l'autre de ces malades, mais dans quel état sont les autres tissus qui ont toujours de la tendance à s'altérer plus ou moins dans une arthrite chronique, et surtout dans une arthrite fongueuse.

En ce qui concerne les ligaments latéraux, nous ne pouvons rien dire à cet égard; il n'y a pas, en effet, de mobilité latérale qui nous autorise à croire que ces tissus ont subi une altération quelconque.

De même pour les cartilages semi-lunaires; il n'y a pas de mobilité latérale pour indiquer que ces fibro-cartilages aient disparu en totalité ou en partie. Il est vrai que si ce signe existait, je serais fort embarrassé de dire s'il faudrait l'attribuer à l'altération des ligaments latéraux et croisés ou à celle des ménisques.

Maintenant, dans quel état sont ces cartilages diarthrodiaux? C'est ce que nous ne pouvons savoir d'une manière positive. Néanmoins, je suis à peu près assuré qu'ils ont en grande partie disparu, attendu qu'une semblable maladie n'existe pas, comme c'est le fait chez le premier de ces malades, depuis dix-huit mois, sans que les cartilages diarthrodiaux ne soient, au moins en partie, détruits. A plus forte raison je crois également qu'ils n'existent plus non plus chez le second qui, lui, est affecté depuis trois ans; mais je ne saurais l'affirmer, attendu que j'ignore combien il faut de temps pour que cette destruction soit complète.

Quoi qu'il en soit, pour ces raisons, je ne peux pas me défendre de penser que, chez ces deux malades, il y a une destruction plus ou moins avancée des cartilages diarthrodiaux, sans que cependant il y ait encore de suppuration.

Je vous présente donc ces deux sujets comme ayant tous deux une altération, très-difficile à réparer, de la synoviale; altération consistant dans une lésion qui poura suppurer et qui, suivant toute probabilité, est accompagnée d'une désorganisation notable de l'articulation, portant surtout sur les cartilages diarthrodiaux.

Et maintenant, quel pronostic allons-nous porter sur cette seconde catégorie de malades? Pouvons-nous espérer qu'ils guériront? Oui, mais dans une certaine mesure, et sans que cette mesure soit égale pour l'un et pour l'autre En ce qui

concerne l'homme du n° 39, en raison de son âge avancé et du développement de sa santé, je doute qu'il puisse refaire une synoviale fibreuse et arriver à l'ankylose; quoique, cependant, il n'ait jamais fait aucune maladie sous l'influence de la même cause générale.

Chez l'autre, au contraire, la guérison est plus probable, sans que celle-ci, pourtant, doive être bien avantageuse. Je ne pense pas, en effet, que les cartilages diarthrodiaux de cette jeune fille soient dans un état d'intégrité assez satisfaisant pour qu'elle puisse recouvrer des mouvements étendus, et que son articulation soit à l'abri de poussées inflammatoires qui le conduiraient à la suppuration. Chez elle, enfin, je ne crois la guérison possible qu'autant qu'elle sera la conséquence de l'ankylose.

Tel est donc, en résumé, le but auquel devront tendre tous nos efforts; tandis que, chez le premier malade, celui dont je vous ai entretenu au début de ces leçons, nous devions chercher à favoriser le retour des mouvements; chez ceux-ci, nous devrons viser à les supprimer. Or, pour arriver à ce but, les meilleurs moyens qui soient à notre disposition, l'immobilisation du genou jointe à la compression.

Chez le sujet du n° 21, nous appliquerons donc un appareil compressif au moyen du coton et de bandes silicatées, en vue de modifier ainsi le tissu de la synoviale devenu fongueux, d'amener dans une certaine mesure sa transformation en tissu fibreux propre à l'ankylose, de diminuer enfin l'hypérémie de la séreuse articulaire et la tendance à la suppuration. En outre, il ne sera pas inutile d'appliquer sur le genou quelques révulsifs, soit au moyen de vésicatoires, soit par l'emploi de la cautérisation ponctuée ou transverse. Ces agents, en effet, en amenant un état particulier du côté de la peau, ne sont pas désavantageux pour l'état des parties internes de l'articulation, et, sans être trop confiant dans l'action des révulsifs, je crois qu'ils peuvent être utilement employés dans les cas de ce genre. Enfin, si malgré ces moyens la synoviale continue à s'épaissir de plus en plus, je pense être amené alors à appliquer à ce malade cette variété de cautérisation intercurrente, un peu profonde et oblique, qu'emploie M. le professeur Richet sous le nom d'ignipuncture; non pas que je sois disposé à pénétrer d'emblée dans l'articulation et à arriver jusqu'aux os, mais parce que j'ai vu quelques malades chez lesquels l'ignipuncture, faite seulement dans l'épaisseur de la synoviale et sans que le cautère pénétrât dans la cavité aritculaire, amenait, à la suite de la suppuration provoquée par le fer rouge, le passage à l'état cellulo-fibreux de la synoviale. Or, chez ce malade, je crois que l'ignipuncture est d'autant plus préférable que la synoviale est fongueuse et disposée à suppurer.

Malheureusement, nous sommes plus impuissants à combattre l'état des cartilages articulaires; mais n'est-on pas en droit de se demander si la synoviale, en devenant moins malade, moins hypérémiée et en ayant une aptitude moindre à la suppuration, enfin en se rapprochant un peu plus de l'état cellulo-fibreux, ne peut pas arrêter la tendance à la destruction des cartilages qui, dans une certaine mesure, sont sous la dépendance de l'état de la séreuse articulaire. Quant à l'altération des os, elle est un peu secondaire par rapport à l'altération des cartilages diarthrodiaux.

A ces moyens locaux, nous joindrons un traitement général. En première ligne, c'est une excellente chose pour ces malades qui ont une tumeur blanche développée sous l'influence d'une constitution lymphatique ou scrofuleuse; c'est une excellente chose, dis-je, que de ne pas les laisser trop longtemps au lit. Comme d'ailleurs le séjour au lit n'est pas nécessaire pour amener la formation de l'ankylose, il suffit de reposer l'articulation sans reposer le corps tout entier. Cette indication est parfaitement remplie par l'appareil inamovible qui permet aux malades de se lever, de se promener à l'air, au soleil, d'aller même, si leur condition de fortune le leur permet, passer quelque temps aux eaux minérales ou sur le bord de le mer, en un mot de rechercher les conditions hygiéniques qui résultent d'une bonne aération et du soleil. Par conséquent, dès que ce malade pourra se lever, nous lui ferons donner des béquilles, et nous lui conseillerons quelques promenades

dans le jardin de l'hôpital. Nous améliorerons enfin sa constitution par une nourriture fortifiante et par l'emploi de la médication tonique.

Quant au malade du nº 39, il a eu déjà la cautérisation ponctuée. Mais je ne crus pas devoir faire chez lui l'ignipuncture, parce que c'est un moyen dont je me défie chez un homme aussi âgé. Puis, d'ici à quelque temps, nous lui appliquerons un appareil amovo-inamovible, et, pour les mêmes raisons que précédemment, nous lui ferons donner une paire de béquilles. Malheureusement, je ne crois pas qu'il lui soit possible plus tard de se passer de leur concours, car il est probable qu'en raison de son âge et de l'ancienneté de sa maladie, cet homme n'aura plus assez de vitalité pour que son articulation puisse refaire la matière plastique nécessaire à l'établissement d'une ankylose.

(La fin dans un prochain numéro.)

CONSTITUTION MÉDICALE

JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE 1876

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 octobre 1877,

Par M. Ernest BESNIER.

Messieurs,

Le troisième trimestre de l'année 1877 a présenté des conditions atmosphériques absolument différentes de celles qui ont signalé le trimestre correspondant de l'année précédente : La TEMPÉRATURE MOYENNE, qui avait été, en 1876, *supérieure* de 1 degré à la température moyenne de la même période calculée de 1806 à 1870, a été, au contraire, en 1877, *inférieure* de 1 degré à cette même moyenne, ce qui établit un écart considérable de 2 degrés. L'ÉTAT HYGROMÉTRIQUE de la première partie de l'été, si important dans son action sur les maladies de la saison, a été essentiellement *dissemblable* dans les deux années : en juillet 1876, humidité atmosphérique *très-faible* (63,0); en 1877, humidité *beaucoup plus considérable* (72,8); en juillet 1876, il ne tombe que 25 millimètres d'eau; en 1877, 58. Il n'est pas inutile de constater exactement ces caractères pour comparer avec fruit la constitution médicale de l'une et de l'autre période, pour contrôler notamment les assertions que nous avons émises sur le rôle joué par la constitution atmosphérique dans l'élévation plus ou moins considérable de la *courbe typhoïde saisonnière.*

Les VENTS DOMINANTS ont été les vents d'W.

Tableau comparatif

Indiquant les principaux caractères de l'état atmosphérique, à Paris, pendant les mois de juillet, août et septembre 1877.

MOIS	TEMPÉRATURE (centigr.)				Barométrie (R. à 0°)	HYGROMÉTRIE		OZONE
	Moy. des minima	Moy. des maxima	Écart.	Moyenne.	Pression moyenne.	Humidité.	Hauteurs de pluie	Moyenne.
					700 MM. +		MM.	MG.
Juillet	12°,4	24°,4	12°,0	18°,4	55,23	72,8	57,72	0,6
Août	13°,0	24°,7	11°,7	18°,9	54,08	72,3	36,70	0,4
Septembre	8°,1	17°,9	9°,8	13°,0	56,46	78,6	50,12	0,3
Moyennes du trimestre	11°,1	22°,3	11°,1	16°,7	55,25	74,5	144,54	0,43
Moyen. du trimestre correspondant, de 1806 à 1870	....	....	....	17°,7	....	....	....	....

Pendant ce trimestre, la *mortalité générale,* dans les hôpitaux et hospices civils

de Paris, a été un peu plus élevée que la mortalité moyenne des années précédentes, ainsi que l'indique le tableau suivant; mais elle n'a pas atteint le chiffre relevé durant la période correspondante de l'année précédente :

MORTALITÉ GÉNÉRALE des Hôpitaux et Hospices civils. — TROISIÈME TRIMESTRE 1877	DÉCÈS PAR MOIS			TOTAUX du 3e trim. de 1877	Mortalité moyenne du trim. corresp. des cinq années précédentes.	ÉCART
	Juillet	Août	Septembre			
Hôpitaux..........	908	837	797	2542	2340	+ 202
Hospices..........	146	131	148	425	457	— 32
Totaux.........	1054	968	945	2967	2790	+ 170

I. — Affections des voies respiratoires.

L'influence des *conditions saisonnières normales* se traduit sur les affections des voies respiratoires par une double modification de *nombre* et de *gravité relative*. Dans les hôpitaux, où l'encombrement par les phthisiques est presque toujours sensiblement égal, et où sont amenés tous les malades atteints d'*affections graves* des voies respiratoires, la proportion de cet abaissement est considérablement masquée; mais elle se perçoit encore de la manière la plus précise, non-seulement par la *diminution* du *nombre* des malades traités, mais encore par l'*abaissement* absolu et relatif des *chiffres des décès*. Le tableau ci-dessous, qui représente les *principales affections des voies respiratoires* étudiées dans leurs rapports numériques, rapproché de ceux que nous produisons sur un même plan à chaque trimestre, permet de comparer avec une grande précision, non-seulement les rapports d'une année à une autre, mais, en outre, ceux d'une saison à une autre, ou encore des saisons d'une même année, ou de plusieurs années différentes. La somme de documents précis que nous accumulons dans cette direction nous permettra bientôt de donner la formule exacte de la *marche normale* et de la *mortalité saisonnière moyenne* des affections pulmonaires, lesquelles n'échappent pas plus que les autres à de véritables lois qu'il s'agit de découvrir.

3e TRIMESTRE 1877 — MALADIES	JUILLET		AOUT		SEPTEMBRE		TOTAL du mouv. et des décès.				PROPORTION cent. des décès.	
							Troisième trim. 1877		Troisième trim. de 8 ann. antérieures			
	Mouvement	Décès	Mouvement	Décès	Mouvement	Décès	Mouv	Décès	Mouv.	Décès	Troisième trimestre 1877	Moyenne du 3e trimestre de 8 années antérieures.
Phthisie pulmonaire	511	225	587	245	345	135	1443	605	11093	5262	41.92	47.43
Pneumonies......	141	72	138	40	134	46	413	158	3500	1021	38.25	29.17
Bronchites........	402	15	430	13	261	9	1093	37	8113	264	3.25	3.25
Pleurésies........	83	10	86	7	77	9	246	26	2421	227	9.37	9.38
Totaux.....	1137	322	1241	305	817	199	3195	8 26	25137	6764	25.85	26.90

II. — Affections diphthéritiques.

Les maladies endémo-épidémiques, alors même qu'elles subissent leurs *paroxysmes annuels* les plus excessifs, ou qu'elles parcourent à travers les années une *trajectoire ascendante*, n'en subissent pas moins, avec une régularité mathématique, l'influence que leur impriment les vicissitudes des saisons. Pour la fièvre typhoïde, par exemple, j'ai déjà montré que, quelque intense qu'ait pu être le

paroxysme épidémique, la maladie n'en subissait pas moins, au retour de l'hiver, un abaissement qui la ramenait, d'une manière immuable, au point le plus déclive de sa courbe à la fin du printemps.

Pour la diphthérie, bien que nous soyons, cette année même, au milieu du plus violent paroxysme que la maladie ait jamais atteint, la *déclinaison* que nous avons montrée être *normale*, *régulière*, pendant le *période estivalé*, ne s'en est pas moins produite : De 728 décès, chiffre de la mortalité diphthéritique du premier trimestre de 1877, à Paris, la courbe s'abaisse à 592 pour le second, et à 479 pour le troisième trimestre ou trimestre d'été, et cela malgré quelques explosions partielles violentes, qui témoignent de la persistance de l'influence du paroxysme épidémique.

On trouvera dans le tableau suivant l'indication exacte de la diphthérie étudiée dans *chacun des arrondissements* de Paris; on y remarquera, provisoirement, la *diffusion de la maladie sur la ville entière*, et l'existence des *foyers principaux* sur les points les plus élevés, par une opposition complète avec ce que nous avons établi pour la fièvre typhoïde; mais nous ne voulons pas anticiper, et nous remettons à un rapport ultérieur l'indication exacte des résultats de l'étude comparée des deux affections, que nous ne cherchons pas à formuler avant d'avoir recueilli tous les documents nécessaires; ce n'est pas, en effet, de l'observation d'une portion d'année ou d'une partie d'épidémie qu'il faut déduire une formule semblable, mais seulement de l'analyse d'une année entière et d'un paroxysme épidémique complet.

ARRONDISSEMENTS — MOIS — 1877	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Saint-Antoine.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	TOTAUX MENSUELS.
Juillet																					
Août	4	3	3	13	16	11	3	5	2	7	15	1	6	9	12	7	4	16	16	7	160
Septembre	5	2	4	9	7	9	13	3	1	7	14	19	4	20	16	2	7	18	19	12	191
	3	2	3	8	4	3	1	0	4	8	12	10	8	8	11	3	1	13	16	10	128
Totaux par arrond.	12	7	10	30	27	23	17	8	7	22	41	30	18	37	39	12	12	47	51	29	479

De même que pour les affections communes des voies respiratoires, ce n'est pas seulement le *nombre* des malades qui *diminue*, mais surtout la proportion des décès, le *coefficient mortuaire :* 83 p. 100 pendant le premier trimestre; — 79 pendant le second; — 57 pendant le troisième, — modifications énormes, tout à fait inappréciées des observateurs dont le cercle est restreint, et dont on ne devra jamais omettre de tenir compte dans l'appréciation de la *valeur des médications*, laquelle, en semblable circonstance, augmente ou diminue selon le degré variable de bénignité ou de malignité de la maladie. Nous espérons que les expérimentateurs en thérapeutique, ou les thérapeutistes statisticiens, voudront bien tenir compte de ces remarques que nous sommes loin de faire pour la première fois, et dont il est cependant indispensable de tenir compte, si l'on veut ne pas se payer de mots, en des questions où les choses ont une aussi grave importance.

Le tableau suivant réunit tous les éléments de la statistique de la diphthérie dans les hôpitaux, *mouvement et mortalité*, pendant le troisième trimestre de 1877, et pendant la période correspondante de sept années antérieures.

Mois	Nombre de diphthéritiques par mois MOUVEMENT COMPARÉ								Nombre de cas et chiffre de décès PAR TRIMESTRE					
									IIIe trim. de 7 années antérieures.			IIIe trimestre de 1877		
	1868	1869	1872	1373	1874	1875	1876	1877	Mouv	Décès	P.p.100	Mouv	Décès	P.p.100
Juillet.....	25	8	30	37	22	38	50	70	280	131	46.77	70	44	62.80
Août......	20	21	32	40	35	44	51	72	315	177	50.15	72	44	61.11
Septembre.	19	15	26	36	32	50	40	46	264	200	75.75	46	21	45.65
Totaux..	64	44	88	113	89	132	141	188	859	488	56.81	188	109	57.98

Je laisse maintenant la parole à MM. Bergeron et Archambault pour les faits particuliers observés par ces savants collègues dans les deux hôpitaux de l'enfance:

HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bergeron : « Comme toujours, au moins depuis bien des années, c'est la diphthérie qui occupe le premier rang dans la statistique mortuaire de Sainte-Eugénie, et, à coup sûr, dans celle des autres hôpitaux d'enfants à Paris.

Pendant le troisième trimestre de 1877, 58 cas de diphthérie ont été observés dans le service : 11 en juillet, 29 en août et 18 seulement en septembre. De ces 58 cas, 7 se sont montrés chez des enfants en traitement dans les salles, pour des maladies diverses : pleurésie, rougeole, scarlatine, tuberculose, accidents épileptiformes. Deux autres cas sont venus des salles de chirurgie; l'un des malades y était entré pour une tumeur kystique du cou, l'autre pour une uréthrite; tous deux avaient, au moment de l'apparition de la diphthérie, plus d'un mois de séjour à l'hôpital.

Une aussi grande fréquence de la diphthérie dans une saison où d'ordinaire elle tend à devenir plus rare, serait bien faite pour justifier quelques appréhensions à l'approche de l'automne, époque à laquelle on voit presque toujours se produire une recrudescence de la maladie, si on ne trouvait de sérieux motifs de se rassurer dans ce double fait, que le nombre des cas dans le troisième trimestre de 1877, est sensiblement inférieur à celui de la période correspondante de 1876 (58 au lieu de 76), et surtout que la proposition des guérisons a été beaucoup plus considérable. En effet, pour les angines diphthériques non compliquées de croup, elle a été de 53 p. 100, au lieu de 47 p. 100 en 1876; mais l'amélioration des résultats a été bien plus marquée encore pour les croups opérés, puisque la proportion des guérisons a été de 22 au lieu de 11 p. 100, c'est-à-dire qu'elle a doublé. Enfin j'ajouterai, comme un indice également favorable, que par rapport au second trimestre de la présente année, la proportion des succès, à la suite de la trachéotomie, s'est encore sensiblement élevée, puisque, de 14 p. 100, elle est montée à 22 p. 100.

Je signale, en terminant, 3 cas de croup dans lesquels la trachéotomie n'a pas été pratiquée; dans 2 cas, les enfants ont guéri; dans le troisième, infectieux au plus haut degré, l'opération n'était plus praticable ; l'enfant a succombé au moment de son entrée à l'hôpital. »

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Archambault : « Le *croup* a continué à être fréquent et grave au plus haut degré; conformément à ce qui est devenu l'habitude, on nous a amené les malades à une période très-avancée de la maladie, et après qu'ils avaient subi les traitements les plus divers. Tous ou à peu près avaient de l'angine couenneuse qui était, chez quelques-uns, peu grave. Ces enfants ont dû être opérés à l'entrée, ou peu de temps après, et le résultat de ces opérations a été 4 guérisons sur 19. Deux malades ont été emportés par leur famille deux jours après avoir été trachéotomisés, et sans que nous sachions ce qu'ils sont devenus. Deux n'ont point été opérés. C'est donc, en somme, un résultat qui donne 1 guérison sur 4 3/4 d'opérations, et, par conséquent, un certain progrès sur le trimestre précédent. Sur ce nombre de 21, il y a eu 9 filles et 12 garçons.

Voici ce qui concerne l'*angine* diphthérique : 28 cas ont été admis dans le trimestre, dont 11 filles et 17 garçons; les salles ayant, à 2 près, le même nombre de lits (30 pour les filles et 32 pour les garçons). Ces 28 cas ont été ainsi répartis : 10 en juillet, 9 en août, 9 en septembre; c'est-à-dire que chaque mois nous en avons reçu à peu près le même nombre. Sur ce nombre de 28 angines, 3 se sont développées à l'intérieur : l'une à la fin d'une fièvre typhoïde qui a guéri; la seconde chez un enfant atteint de broncho-pneumonie, qui est mort

de la complication, et, enfin, un troisième cas survenu chez un petit garçon traité pour une syphilis acquise et en très-bonne voie de guérison.

A ce propos de cas intérieurs, d'où vient-il que rien ne se fait pour mettre fin à ce déplorable mélange des maladies contagieuses avec celles qui ne le sont pas? L'administration, à la fin de mai, a envoyé une commission qui a pris des mesures, arrêté en principe l'établissement de salles d'isolement, et rien ne se fait! Pendant ce temps, de pauvres enfants gagnent de leurs voisins des maladies dont ils meurent!

Je reviens aux angines. Sur 28, nous en avons perdu 19, plus de la moitié ; quelques-unes le jour même de l'entrée, tant leur état était grave. La mort a été le résultat d'une intoxication rapide ou lente, et jamais la gêne de la respiration n'a contribué à la produire. L'albuminurie a été la règle, et, dans l'angine comme dans le croup, les cas les plus graves ont été en général ceux où on trouvait la plus forte proportion d'albuminurie. Je dis en général, car la guérison s'est produite chez des malades très-albuminuriques.

En somme, nous avons eu à traiter 49 cas de diphthérie, dans lesquels trente et une fois les voies respiratoires ont été prises, c'est-à-dire dans moins de la moitié des cas; et, sur ces 49 malades, 33 ont succombé; c'est-à-dire 67 p. 100, chiffre vraiment effrayant. Je ne parle pas des médications employées, qui ont été toujours très-actives, mais ne se sont pas montrées plus efficaces les unes que les autres. »

(A suivre dans un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accepter le legs de 1,000 francs de rente que lui a fait feu le docteur Pourcet.

M. le ministre des travaux public adresse des documents relatifs aux soins à donner aux ouvriers mineurs, en cas d'accidents.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Dauvergne sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans le canton de Manosque (Basses-Alpes) pendant les années 1876-1877. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Mathieu, vétérinaire, qui, au nom des exécuteurs testamentaires de feu Auzias-Turenne, réclame les travaux et les paquets cachetés qui ont été envoyés à l'Académie par ce confrère.

2° Une observation de chromhidrose recueillie par le docteur Vignes, médecin de l'hôpital de Tarbes.

3° Deux plis cachetés déposés, l'un par M. le docteur Armand Paulier; l'autre par M. le docteur de Wecker. (Acceptés.)

4° Une lettre de M. le doyen de la Faculté de médecine de Lyon, qui prie l'Académie de se faire représenter à l'inauguration de cette Faculté.

Sur la proposition de M. le Président, M. Cl. Bernard est invité à vouloir bien représenter l'Académie à cette cérémonie.

—

M. Bouillaud présente un extrait des *Comptes rendus* de l'Académie des sciences, intitulé: *Nouvelles considérations sur la localisation des centres cérébraux régulateurs des mouvements coordonnés du langage articulé et du langage écrit.*

M. Bouillaud, dans cette note, a surtout pour but ds réfuter cette opinion de M. Fournié, qu'il n'est pas possible d'admettre que les conditions matérielles de la parole se trouvent localisées dans la troisième circonvolution du lobe frontal gauche.

M. Broca présente, au nom de M. Topinard, une brochure intitulée : *Anomalies de nombre de la colonne vertébrale chez l'homme.* Les recherches de M. Topinard ont porté sur 350 squelettes appartenant aux divers musées de Paris, et, sur ce nombre, il a trouvé 38 cas d'anomalies de nombre de la colonne vertébrale. M. Topinard n'a pas eu seulement en vue les cas où une vertèbre venant à manquer dans la région lombaire, par exemple, il s'en trouve une en plus dans la région dorsale ou dans la région cervicale, mais surtout ceux où il y a véritablement augmentation ou diminution du nombre total des vertèbres.

M. LABOULBÈNE offre en hommage une note extraite des *Bulletins* et *Mémoires* de la Société médicale des hôpitaux de Paris, sur les tænias, les échinocoques et le bothriocéphale de l'homme.

M. LARREY dépose sur le bureau une série de brochures et de travaux manuscrits sur divers sujets de médecine et de chirurgie.

M. GIRAUD-TEULON présente : 1° La seconde édition de son livre intitulé : *L'œil;* — 2° un compas de l'incision scléro-cornéenne pour l'opération de la cataracte.

M. BOULEY dépose sur le bureau plusieurs fascicules du *Dictionnaire général de médecine vétérinaire*, en langue espagnole, par D. Raphael Espejo y del Rosal.

M. VULPIAN présente, au nom de M. le docteur Isidore Royet, une thèse inaugurale intitulée : *De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques.*

On sait, ajoute M. Vulpian, l'inefficacité de tous les moyens employés jusqu'ici pour combattre les sueurs pathologiques, en particulier celles des phthisiques. Or, à l'aide du sulfate d'atropine donné en pilules d'un demi-milligramme, on parvient sûrement à prévenir les sueurs nocturnes de ces malades. Il suffit habituellement d'administrer une ou deux de ces pilules; mais, dans certains cas, il faut élever la dose jusqu'à quatre pilules. Les observations qui font l'objet de ce travail ont toutes été prises dans le service de M. Vulpian, qui croit être le premier, en France, à avoir expérimenté ce moyen déjà connu en Allemagne et en Angleterre.

—

A l'occasion du procès-verbal, M. Jules GUÉRIN s'exprime ainsi :

« Les préventions avec lesquelles on repousse ici tout ce qui a trait à l'allaitement artificiel laissent difficilement, à ceux qui sont mus par d'autres sentiments et d'autres convictions, le temps de s'expliquer. C'est ainsi qu'il ne m'a pas été possible de répondre, comme j'aurais voulu le faire, mardi dernier, à ceux de nos collègues qui ont taxé d'*immoral* le projet de soumettre l'allaitement artificiel à une expérimentation rigoureuse et approfondie.

Un tel reproche ne s'adresse pas seulement au système : ceux qui le défendent et cherchent à le faire prévaloir sont obligés d'en prendre leur part. Les membres du Conseil municipal de Paris, et en particulier les médecins qui font partie de ce Conseil, ne doivent pas être plus flattés que moi d'être considérés comme s'associant à une entreprise immorale. L'Académie me permettra donc de lui montrer, en quelques mots, que non-seulement il ne saurait être immoral de soumettre l'allaitement artificiel à des épreuves sérieuses et suivies, mais, au contraire, qu'au point de vue moral même, l'interdiction qui a frappé la proposition du Conseil municipal pourrait être jugée avec sévérité.

Je veux bien le reconnaître : ceux de nos collègues qui ont considéré d'une manière aussi sévère l'expérimentation proposée par le Conseil municipal ont été mus par un bon sentiment ; mais aussi ils me paraissent avoir été entraînés par une double méprise. Ils ont pu craindre qu'en soumettant l'allaitement artificiel à cette épreuve, en quelque façon officielle, on en parût encourager l'emploi au détriment de l'allaitement maternel. Ils ont pu considérer ensuite cette expérience comme attentatoire aux droits de l'humanité, ou au moins comme empiétant sur les libertés d'autrui. Mais ces interprétations ne sont que le résultat d'une susceptibilité irréfléchie et exagérée.

Il ne s'agit pas, en effet, de prendre arbitrairement l'initiative d'une expérimentation fantaisiste sur les nouveau-nés, comme on le dit vulgairement, *in animâ vili* : il s'agit, au contraire, de régulariser ce qui est, de soumettre à une observation méthodique ce qui se pratique empiriquement chaque jour. On n'apprendra rien à personne en disant que l'allaitement artificiel, reconnu nécessaire, indispensable même dans une foule de circonstances, est mis en usage partout et par tout le monde. J'ai cité la catégorie des nourrices mercenaires, dont la plupart des enfants sont voués au biberon. Combien d'autres s'ajoutent à cette première catégorie : les enfants des ouvrières attachées aux grandes industries ; les enfants des mères pauvres tombées malades ou dont le lait a tari ; ceux des mères nécessiteuses qui ont succombé après l'accouchement ! toutes catégories appartenant à la classe qui ne peut se donner le luxe d'une nourrice. Ajoutons encore la classe de plus en plus nombreuse des filles-mères, dont la plupart se soucient assez peu du mode d'allaitement auquel elles ont recours.

Or, tous ces nourrissons, qui sont fatalement condamnés à subir les chances et les dangers de l'allaitement artificiel, que deviennent-ils ? Les uns sont confiés à de braves femmes dont l'empirisme dévoué fait ce qu'il peut pour mener à bonne fin les produits de leur industrie ; mais les autres, ceux surtout qui sont une gêne ou une honte pour des mères dénaturées, vont tout droit à cette abominable entreprise que j'ai qualifiée naguère d'*infanticide des*

nourrices. Est-ce qu'il est vraiment possible d'apprécier, avec de pareils faits, avec de pareilles conditions, la valeur de l'allaitement artificiel ? Est-ce qu'il est soutenable d'y voir le dernier mot, le dernier perfectionnement de ce mode d'élevage ? Est-ce qu'enfin la science peut être autorisée à conclure, des relevés statistiques dressés avec les produits d'une telle expérimentation, à la signification définitive des résultats de l'allaitement artificiel ? Nous sommes bien obligés de considérer une semblable prétention bien plus comme l'effet d'un sentiment irréfléchi, exagéré, que comme l'expression d'un jugement éclairé.

Nous pouvons donc conclure de ce qui précède trois choses, à savoir :

1° Que l'allaitement artificiel est, dans beaucoup de cas, une nécessité qui s'impose;

2° Que la pratique en est fatalement abandonnée, tantôt à l'impéritie aveugle, mais dévouée, tantôt à une industrie coupable.

3° Que les résultats de ce double mode d'emploi ne peuvent que fournir des conclusions erronées et incapables de servir à l'appréciation scientifique et pratique de ce mode d'élevage.

Ces trois conclusions, d'une indéniable rigueur, ne conduisent-elles pas directement, forcément, à des résolutions et surtout à une appréciation tout opposées à celles qui ont été formulées dans cette enceinte?

Au point de vue *scientifique*, l'Académie n'aura pas de peine à comprendre qu'une expérimentation dirigée par des hommes compétents, facilitée par toutes les ressources et tous les bons vouloirs de l'administration, éclairée par les lumières de la chimie, de l'hygiène, de la physiologie et de la médecine, ne doive conduire à une information sérieuse, approfondie, des ressources de l'allaitement artificiel, à la découverte de ses moindres inconvénients, à la connaissance des moyens de les prévenir, de les combattre. Moyennant cette double garantie, l'opinion sérieuse, désintéressée, aura le droit de se prononcer, et je ne fais aucun doute qu'elle se prononcera en faveur des résultats déjà obtenus. Et ces résultats, comment me paraissent-ils devoir être bons? Tout simplement par la généralisation de ceux que l'empirisme a déjà produits? L'étude des conditions où on les a obtenus permettra d'en assurer, d'en généraliser la reproduction. L'exception deviendra la règle.

Au point de vue *moral*, ai-je besoin de montrer les bienfaits qui résulteraient d'une expérimentation rigoureuse? Les corrections de la statistique nécrologique des nouveau-nés ne se réduiraient pas à une pure satisfaction donnée à la science. En mettant le doigt sur les causes de l'erreur, elles ne conduiraient pas seulement à dévoiler les mauvaises pratiques de l'empirisme ; elles démasqueraient les prétextes et préviendraient les méfaits d'une industrie criminelle. Voilà une entreprise morale au premier chef, et voilà, si je ne me trompe, de quoi renverser l'accusation de ceux qui ont considéré comme immorale l'expérimentation proposée et patronnée par le Conseil municipal de Paris.

—

M. Proust, candidat à la place déclarée vacante dans le section d'hygiène, donne lecture d'un travail intitulé : *Résultats de l'enquête officielle sur les cas de rage observés en France, de 1850 à 1876*. Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La cautérisation étant jusqu'ici le seul moyen connu de prophylaxie de la rage, il serait important d'obtenir par des statistiques, non-seulement le nom du caustique employé, mais la manière dont la cautérisation a été appliquée, le temps exact qui s'est écoulé depuis l'inoculation rabique jusqu'au moment de la cautérisation.

2° La transmission contagieuse se faisant souvent par de petits chiens familiers dont la maladie, au début, n'inspire aucune défiance, une instruction ayant pour objet de vulgariser ces premiers symptômes de la rage serait, contre ce genre de contagion, d'une très-grande efficacité. Le chien n'est pas dangereux seulement quand il a perdu sa raison, il est plus perfide lorsque le sentiment affectueux est encore vivace, sa bave étant déjà virulente. L'opinion si répandue que la rage canine se caractérise toujours par l'horreur de l'eau est fausse.

3° La police sanitaire applicable à la rage canine devrait, en tous temps, recevoir sa rigoureuse application, aussi bien l'hiver que l'été, aussi bien contre les chiens suspects que contre les chiens malades.

Les mesures prescrites, dans ce cas, devraient être : port obligatoire d'un collier réglementaire, saisie des animaux errants et de ceux qui n'ont pas de collier, abattage des chiens saisis, des chiens malades, abattage ou séquestration des chiens suspects; enfin rappeler dans l'instruction, en cas d'accidents graves ou de mort d'homme, que le propriétaire du chien enragé peut être poursuivi d'office, sans préjudice des dommages-intérêts qui peuvent être réclamés par les familles.

5° Enfin, il serait utile de rappeler aux préfets qu'ils sont armés, par les lois et les règlements sur la matière, du droit de faire abattre tout animal enragé, et de faire abattre ou séquestrer, pendant huit mois, les chiens rendus suspects par une morsure.

(Renvoi à la section d'hygiène constituée en commission d'élection.)

M. Gubler, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. R. Bergeron et Chatin, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Oré, faisant suite à son *Mémoire sur l'empoisonnement par l'agaric bulbeux*.

Dans ce nouveau travail, il n'est guère question que de l'antagonisme existant entre le chloral et la strychnine; mais lorsque M. Oré parle de l'alcaloïde convulsivant par excellence, il croit encore faire l'histoire du principe délétère de l'amanite bulbeuse, puisqu'il admet entre les deux poisons une identité pour ainsi dire absolue. M. Gubler rappelle les sérieuses expériences déjà faites à ce point de vue par la commission; les nouvelles expériences de M. Oré ne sont pas de nature à dissiper les doutes que ses premières expériences avaient fait naître.

M. Oré commence par rappeler les quatre points sur lesquels il appuie son opinion : 1° La similitude des symptômes; 2° l'identité des lésions; 3° l'égalité de la teinture acétique d'agaric phalloïde et de la solution de strychnine devant la poudre de charbon; 4° enfin, la même léthalité précédée des mêmes désordres convulsifs quand l'introduction des deux poisons s'effectue au moyen d'ingestions intra-veineuses.

Après avoir successivement discuté ces diverses propositions, M. Gubler fait observer que les faits étudiés par M. Oré ne comportent pas jusqu'ici l'assimilation, ni surtout l'identification qu'il s'agirait d'établir entre la strychnine et l'*agaricus phelloides*. Il faudrait que M. Oré apportât de nouvelles preuves. Mais l'auteur paraît avoir été plus heureux dans la démonstration de l'antagonisme entre le chloral et la strychnine. Il a même prouvé que le chloral, introduit dans les veines en temps opportun et à doses suffisantes, peut conjurer l'issue funeste de l'empoisonnement par des doses successives de strychnine. M. Oré explique avec raison cet antidotisme par des effets contraires de deux agents sur le système nerveux, et non par une neutralisation chimique.

M. le rapporteur conclut en proposant :

1° De déposer honorablement, dans les archives de l'Académie, le travail de M. Oré;

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Colin fait observer que la strychnine et l'agaric bulbeux ne sont pas absorbés par les mêmes parties du tube digestif. La strychnine, en effet, reste dans l'estomac sans passer dans l'intestin, ou n'y passe qu'après un temps très-long, tandis que l'agaric bulbeux passe presque aussitôt dans l'intestin, ce qui explique comment, dans le premier cas, M. Oré n'a pas trouvé de lésions intestinales. Cette explication semble à M. Colin plus satisfaisante que celle qu'a donnée M. Oré, et qui repose sur la plus ou moins longue durée de l'action toxique de l'un ou l'autre de ces agents.

M. Gubler ne pense pas que l'interprétation proposée par M. Colin, pour expliquer les différences d'action des deux poisons soit acceptable, puisque ces différences sont les mêmes quand les deux agents sont introduits dans les veines. Quant à l'influence de la durée de l'action, M. Gubler ne l'admet pas; il y a des cas, en effet, où on observe des lésions considérables à la suite d'une action très-rapide, tandis que, dans d'autres, son action prolongée ne produit que des lésions presque nulles. Il faut tenir compte surtout, suivant M. Gubler, de la nature même du poison. La strychnine et l'agaric sont, en effet, deux poisons absolument différents, bien que donnant lieu à des syndromes analogues.

M. J. Guérin pense qu'il est une question préalable dont on n'a pas assez tenu compte, celle de l'action directe de certains poisons sur le système nerveux. On sait qu'il suffit de verser une goutte d'acide prussique sur une plaie faite à l'oreille d'un lapin pour déterminer la mort foudroyante de cet animal; or, il est bien évident que, dans ce cas, le poison n'a pu être absorbé. Il y a donc là une action de contact dynamique qu'il faut savoir dégager de la question d'absorption.

M. Colin n'admet pas que, introduites par les veines, les substances en question puissent déterminer des lésions intestinales, à moins que l'élimination ne se fasse par les intestins. Il partage l'opinion de M. J. Guérin au sujet de l'action sur le système nerveux, qu'il faut distinguer de l'action par absorption.

M. Gubler fait observer qu'il est un certain nombre de médicaments qui, introduits par les veines, donnent lieu aux mêmes effets qu'introduits directement dans l'estomac, mais que ces effets se font attendre beaucoup plus longtemps et ne se produisent qu'à partir du moment où le médicament a agi directement sur la muqueuse stomacale.

M. Chatin rappelle qu'il a fait un très-grand nombre d'expériences ayant eu pour but de démontrer que des poisons absorbés par les voies respiratoires s'éliminaient par les intestins et y déterminaient les mêmes lésions qu'introduits directement dans le tube digestif.

M. Colin réfute cette opinion émise par M. Gubler, que les substances introduites par les

veines n'agissent qu'à partir du moment où elles sont en contact avec l'estomac, en rappelant l'expérience de Magendie, qui consiste à donner de l'émétique à des animaux chez lesquels on a enlevé cet organe.

M. Gubler répond que Magendie, dans cette expérience, n'enlevait pas tout le tube digestif, et que l'action pouvait se produire sur les parties conservées. Il maintient cette opinion, que les deux substances en question sont deux poisons absolument différents.

M. Colin combat d'une façon générale cette opinion, que certaines substances introduites par les veines donnent les mêmes effets qu'introduites dans le tube digestif. Il a injecté jusqu'à 150 grammes de sulfate de soude dans les veines d'un cheval; il l'a tué, mais non purgé.

M. Gubler, en ce qui concerne les purgatifs salins, partage entièrement l'avis de M. Colin, et prétend qu'il a plus raison qu'il ne le croit lui-même, puisque, dans ces cas seulement, on ne purge pas, mais on empêche d'aller à la garde-robe. Mais il y a des purgatifs de bien des sortes, et M. Colin serait dans l'erreur s'il croyait avoir démontré que tous les purgatifs n'agissent qu'après avoir été absorbés, puis éliminés par la muqueuse du tube digestif.

La discussion est close; les conclusions du rapport sont adoptées.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Solution désinfectante. — Martinet.

Chlorate de potasse pulv. . . . . 10 grammes.
Glycérine neutre. . . . . 100 —

Faites dissoudre.

Cette solution est conseillée pour le pansement des plaies infectes et de mauvaise nature. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 8 Novembre 1781.

Naissance de E.-Vivant Lagneau, si connu par son *Exposé des symptômes de la maladie vénérienne*, ouvrage qui a eu les honneurs de six éditions, ayant été longtemps le seul ouvrage élémentaire écrit sur le sujet, et qui, bien que dépassé bientôt par la publication de livres de cette nature, n'en est pas moins devenu, pour son auteur, la base d'une grande fortune. — A. Ch.

COURRIER

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 5 novembre 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et d'après l'avis conforme du Conseil de l'ordre, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur, M. le docteur Guiet (Pierre-René), médecin au Mans, président de l'Association médicale de la Sarthe, médecin de l'hospice du Mans, membre du Conseil municipal de cette ville.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 9 novembre 1877.

Ordre du jour : Communications diverses.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le professeur Charcot recommencera son cours clinique sur les maladies des centres nerveux, à la Salpêtrière, le dimanche 11 novembre, à 9 heures 1/2.

— M. le docteur Landolt a commencé son cours *sur la réfraction et l'accommodation de l'œil, avec démonstrations cliniques*, le mercredi 7 novembre, à sa clinique, 5, rue du Pont-de-Lodi, à 1 heure, et le continuera les mercredis et samedis suivants, de 1 à 2 heures.

Analyse pratique des urines. — M. le docteur Delefosse reprendra son cours gratuit d'analyse pratique des urines (pour les médecins praticiens seuls), le dimanche 18 novembre, à 10 heures, 14, rue Notre-Dame-de-Lorette, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

ENSEIGNEMENT

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA MORGUE DE PARIS,

SA DESCRIPTION, SON SERVICE, SON SYSTÈME HYGIÉNIQUE; — DE L'AUTOPSIE JUDICIAIRE, COMPARÉE A L'AUTOPSIE PATHOLOGIQUE (1);

Par M. Alph. DEVERGIE,

Agrégé libre de la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Description de la Morgue.

Le programme de l'édification d'une Morgue, que la commission du Conseil d'hygiène et de salubrité avait dressé, fut confié aux soins de M. Gilbert, membre de l'Institut, architecte de la ville de Paris. Il fallait donner à chacune des pièces qui constituaient cet établissement des dispositions et une étendue appropriées aux besoins du service, sur un terrain de forme déterminée, auquel il fallait se conformer, forme ingrate d'ailleurs, puisque ce terrain représentait un quart d'ellipse; et cependant M. Gilbert a réalisé ce programme de manière à répondre à tous les besoins du service journalier de cet établissement.

Le bâtiment de la Morgue est placé derrière l'église Notre-Dame, sur le quai Napoléon. Il a une forme hémisphérique du côté de la rivière, où il remplit la concavité d'un angle arrondi en saillie, qui sépare la jonction des deux bras de la Seine; il a sa façade principale en ligne droite sur le quai; il est élevé de trois marches au-dessus du sol. A son centre sont trois larges et hautes portes, arrondies à leur partie supérieure, qui constituent les entrées, mais la porte du milieu est seule ouverte. De chaque côté existent trois fenêtres en façade, qui éclairent les diverses salles latérales du bâtiment; celui-ci n'a qu'un rez-de-chaussée.

Un diaphragme est placé à une distance de 2 mètres de ces portes. Cette sorte de cloison, incomplète à chaque extrémité, cache aux regards des passants qui ne veulent pas entrer à la Morgue la vue de l'intérieur du bâtiment.

Le public entre par un côté de la cloison et sort par l'autre; en contournant à l'intérieur ce diaphragme, il pénètre alors dans une grande salle séparée de la salle d'exposition des corps par un large vitrage à travers lequel il voit, exposés sur

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 novembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Quelle douleur de survivre à ceux que l'on a aimés et dont on a été aimé! Quel était donc ce personnage de la Fable qui, se promenant au bord de la mer, prit une poignée de sable dans sa main, et s'écria : O Jupiter! accorde-moi autant d'années de vie que ma main contient de grains de sable. — Accordé, dit Jupiter. Prière imprudente! promesse cruelle! L'homme aux grains de sable vieillit, vieillit, voyant mourir autour de lui tous ses parents, tous ses amis, tous ceux qu'il avait connus et dont il était connu, si bien qu'il se trouva seul au milieu d'une génération nouvelle indifférente, quand elle n'était pas moqueuse, et auprès de laquelle il vivait comme un étranger incommode. Et dans son isolement, dans sa douleur amère, il s'écriait : O Jupiter!

« Faites-moi grâce au moins du dernier grain de sable,
« Ou donnez-moi quelqu'un pour me fermer les yeux! »

On est presque tenté de répéter cette invocation, quand, en vieillissant, on voit autour de soi disparaître un peu tous les jours les objets de vos affections, quand la mort vient brutalement rompre d'anciennes et aimables relations. Pauvre Munaret! C'est à propos de la mort de ce charmant ami que me viennent ces idées tristes, et que vient d'éclore dans mon esprit tout un essaim de papillons noirs.

Je venais de lire dans le *Lyon médical*, où Munaret tenait la plume de chroniqueur, un

des tables en marbre noir, les corps d'individus qui ont été retirés soit de la Seine, de la voie publique, ou même d'un hôtel garni, et sur lesquels on n'a trouvé aucun indice propre à constater leur identité.

Le long de ce vaste vitrage sont deux rideaux verts, que l'on peut fermer quand on apporte un nouveau corps pour l'exposer ou qu'on retire un corps qui vient d'être reconnu.

Douze tables en marbre noir sont disposées sur deux lignes, avec un espace de 1 mètre 50 centimètres. Au-dessus de ces tables sont des crochets pour la suspension des vêtements. On voit aussi, immédiatement au-dessus de chaque table, des robinets en cuivre dont nous ferons connaître la destination.

A gauche de la salle du public se trouve le greffe, qui communique par un couloir à la salle des magistrats et à la salle d'autopsie. Ce couloir a une porte sur le quai, par laquelle on introduit les accusés, lorsqu'on a intérêt à les mettre en présence de leurs victimes.

A droite de la salle du public sont deux chambres : 1° une salle de garde où se tiennent les garçons de service; 2° une autre chambre où ils passent la nuit; ils y couchent à tour de rôle.

A gauche de la salle d'exposition des corps est adossée la salle des morts, destinée à contenir tous les corps qui ne sont plus exposés, jusqu'au moment de leur inhumation. Cette salle a quatorze tables en marbre noir; chacune d'elles est munie d'un couvre-corps destiné à cacher chacun des corps de la salle, lorsque des parents viennent reconnaître un des leurs.

Sous ces couvre-corps est établie une robinetterie destinée à des irrigations désinfectantes dont nous parlerons plus loin.

Au centre de cette salle, et dans le sol, on a pratiqué un caniveau couvert d'une grille par où s'écoulent le liquide des irrigations et tous les liquides qui s'échappent des corps pendant la décomposition putride.

A droite de la salle d'exposition est un vaste magasin garni de très-grands casiers qui y règnent de haut en bas. C'est dans chacun de ces casiers que l'on dépose les vêtements de tous les corps non reconnus, que l'on met dans un sac spécial, après qu'ils ont été lavés et séchés, d'abord dans un lavoir placé en arrière de ce magasin, puis dans un séchoir; on a établi dans le lavoir un grand fourneau capable de fournir, en hiver, la quantité suffisante d'eau chaude pour le lavage des vêtements.

---

article de lui spirituel comme toujours, humoristique un peu plus peut-être que d'habitude et tant soit peu égrillard, ce qui m'avait fait légèrement sourire. Jugez de ma douloureuse surprise quand, en tournant la page, je lis l'annonce de sa mort. Voilà de ces cruels et renversants contrastes. Quoi de plus banal que la mort! répète-t-on sans cesse; cependant, à cette banalité, on ne peut se faire quand elle atteint un proche ou un ami. Mais comment se fait-il qu'à cette heure, au moment où je voudrais dire un suprême adieu à mon vieux camarade Munaret, rien ne me vienne à la mémoire de sa vie, que je sais avoir été très-accidentée et incidentée? C'est que jamais je ne me suis informé de cette existence aimée, tant j'étais persuadé que c'était Munaret qui devait me survivre. J'avais de lui des lettres précieuses et charmantes que les Prussiens m'ont volées. Je n'ai eu l'occasion de le voir que trois fois à Paris, il est venu un jour partager mon dîner dans ma cabane de Châtillon. Pauvre Munaret!... Je lirai certainement tout ce que des confrères mieux renseignés que moi ne manqueront pas de publier sur l'Alphonse Karr de notre littérature médicale, et, de ces fleurs, je ferai un bouquet dont mon seul mérite sera d'avoir fourni le lien.

J'ai idée, et je la donne comme elle me vient, que tous les arrêtés relatifs aux cours complémentaires ont eu la mauvaise chance d'être promulgués en temps inopportun, au milieu des agitations politiques, et alors que tout conspirait pour que les actes du ministère, quels qu'ils fussent, reçussent un accueil hostile et passionné. Dans des temps moins troublés que le nôtre, l'émotion n'eût été certainement ni aussi vive ni aussi générale. Ce qui me fait penser ainsi, c'est qu'on m'assure, — et c'est une personne très-digne de foi qui me l'assure, — que ces arrêtés, à l'exception d'un seul, ne seraient pas le fait du ministre actuel de l'instruction publique, mais auraient été rédigés et formulés, — toujours moins un, — il y a

Chaque sac ou paquet de vêtements qui est placé dans une case du magasin aux vêtements est fermé au moyen d'une corde, à laquelle on attache une carte qui contient l'énumération de tous les effets renfermés dans le paquet, avec un numéro d'ordre qui répond à celui du registre matricule. Enfin, la corde de fermeture de ces sacs porte à son extrémité une estampille en cire, avec le cachet de la Morgue, qui reste à la disposition *seule* du greffier (1).

Toutes ces mesures ont été prises par suite de vols et de trafics de vêtements opérés par certains garçons de service qui s'entendaient avec des marchands d'habits; ils leur livraient certains vêtements neufs qu'ils échangeaient contre des vêtements vieux, et recevaient de l'argent en échange.

On comprend que les vêtements qui sont conservés pour concourir à la reconnaissance des corps qui n'a pu être faite en temps utile, ne peuvent pas rester indéfiniment à la Morgue. Tous les vêtements sont livrés au Domaine tous les six mois, et celui-ci en opère la vente publique.

Enfin, derrière et au milieu de la salle d'exposition, se trouve une vaste salle où s'opère en premier lieu la réception des corps.

Cette salle est pavée et assez spacieuse pour recevoir une charrette attelée d'un cheval; elle y tourne facilement.

L'eau arrive en abondance dans cette salle, et c'est avec un jet d'eau qu'on lave le corps du noyé avant de lui enlever ses vêtements. Souvent on l'arrose de chlorure d'oxyde de sodium ou on y projette du chlorure de chaux en poudre. Après quoi on renouvelle les arrosements sur le corps, à nu, et enfin on le transporte dans la salle d'exposition ou dans celle des morts, suivant qu'il est ou qu'il n'est plus reconnaissable, le tout après lui avoir enlevé ses vêtements.

Pour arriver du dehors à cette salle, l'architecte a ménagé derrière la Morgue, le long du quai, un large chemin pour le passage des voitures, qui entrent et sortent par deux portes latérales placées en dehors et de chaque côté du bâtiment principal, sur le quai. C'est aussi ce chemin que suivent les corbillards à l'usage des corps que les familles font inhumer à leurs frais. On a ménagé, dans une partie de la longueur de cette espèce de chemin de ronde, une écurie pour un cheval et une remise pour une voiture. Celle-ci est la voiture de l'établissement pour le transport

(1) Ce sont ces vêtements qui concourent à établir l'authenticité de la reconnaissance du corps, qui n'est opérée qu'après plusieurs mois écoulés depuis la réception.

---

plus d'un an, par le précédent ministre. Si l'on veut bien se souvenir, on se convaincra d'ailleurs que le décret qui a organisé les cours complémentaires n'est que l'exécution à peu près pure et simple du projet formulé par M. Chauffard dans un rapport qui reçut une grande publicité. Je crois, d'ailleurs, qu'un peu de calme tend à rentrer dans les esprits. On a parlé de démissions données par les confrères non agrégés chargés de cours complémentaires. Données, non; offertes, c'est possible, mais conditionnellement, et à qui ne peut ni les accepter ni les refuser. A mon sens, ces hémi-démissionnaires ont eu tort. L'opinion ne s'était pas tellement émue de voir des cours complémentaires confiés à des médecins des hôpitaux, car, après tout, on se souvient que tous les agrégés chargés de cours n'ont pas réussi d'une manière éclatante.

Je crois qu'on ferait bien de ne pas trop insister sur cette corde. Nous sommes ici pour la liberté entière de l'enseignement, à une seule condition, c'est que l'enseignement soit bon et utile, et peu nous importe qu'il soit donné par un agrégé ou non.

A propos de liberté, voulez-vous voir comme on l'entend, la liberté professionnelle, dans la libre Amérique dont on nous vante sans cesse les libérales institutions? Certes, il a eu raison, le docteur Noir, de ne pas aller chercher fortune auprès des Yankees. Écoutez plutôt:

Voici ce qui s'est passé à la Faculté de médecine de New-York :

Les directeurs et les professeurs de cet établissement refusent d'admettre au nombre de leurs élèves un jeune homme, né à Porto-Rico, M. Barbosa, qui appartient à une bonne famille et qui a reçu une excellente éducation. Les directeurs et professeurs en question donnent pour prétexte de leur refus que M. Barbosa doit avoir dans les veines quelques gouttes de sang noir, et que sa peau n'est pas aussi blanche que celle des politiciens de Tammany-Hall.

des corps, qui s'opère de grand matin, et dont l'inhumation se fait dans le cimetière des hôpitaux, mais dans une tranchée à part. Le corps, enfermé dans un cercueil dont la ville de Paris fait les frais, est, dans la tranchée, surmonté d'une croix avec inscription d'un numéro d'ordre correspondant avec celui du registre matricule de la Morgue.

L'exhumation du corps peut donc être faite ultérieurement soit par les familles, soit par le parquet, en cas de crime.

La voiture de transport des corps n'a aucune forme qui puisse indiquer son usage; elle est en bois doublé de zinc, avec six compartiments.

Il fallait masquer ce chemin de ronde aux regards du public, et cacher autant que possible, aux yeux des habitants du voisinage, le bâtiment tumulaire de la Morgue, ainsi que l'arrivée et le départ des corps.

M. Gilbert a eu l'heureuse idée de surmonter toute l'étendue du quai qui borde la Morgue de très-hautes persiennes peintes en gris, qui prennent point d'appui sur le parapet, éclairent le chemin de ronde, et dissimulent la nature du bâtiment.

On voit que tout ce qui concerne l'arrivée et les opérations à faire, soit pour exposer les corps, soit pour les apporter, soit pour les conduire au cimetière, s'opère dans des conditions de respect et de convenances qui ne laissent rien à désirer.

Nous avons parlé des soins d'appropriation que l'on employait avant d'exposer les corps aux yeux du public.

Jusque il y a quelques mois, tous les corps avaient été exposés à l'état de nudité complète, quel que fût d'ailleurs le genre de mort auquel ils avaient succombé. M. Voisin, préfet de police, a adopté et autorisé la réalisation d'une idée conçue par M. le docteur D'Heurle, médecin-inspecteur adjoint de la Morgue, qui consiste à exposer autant que possible aux regards du public les corps recouverts des vêtements qu'ils portaient à leur arrivée.

Ce système ne peut être employé pour les noyés, qui constituent un peu plus de la moitié des individus qu'on reçoit dans l'établissement, mais pour ceux qui ont succombé à tout autre genre de mort. L'exposition du corps habillé peut être faite avec des avantages considérables, car ce mode facilite singulièrement la reconnaissance des individus exposés.

Dans tous les cas, on déshabille l'individu, dans le but de rechercher s'il ne

---

Arrivé depuis deux ans aux États-Unis et parlant parfaitement l'anglais, M. Barbosa s'était fait présenter au Collége médical par le docteur Henna, son professeur. Mais celui-ci, malgré tous ses efforts, n'a pu vaincre l'obstination du docte aréopage, qui, en assemblée générale, a repoussé définitivement, ces jours derniers, la demande d'admission de M. Barbosa et déclaré solennellement que la Faculté new-yorkaise ne reçoit pas de gens de couleur.

Le procédé est stupide, et il démontre, une fois de plus, comment on entend l'égalité des races sur la terre classique du *humbug* et de la liberté.

Que dites-vous de cette liberbé dans la libre Amérique?

Ça été de tout temps et ce sera toujours, et plus ça changera et plus ce sera la même chose : toutes les majorités ont été, sont et seront intolérantes.

On raconte un fait assez plaisant à l'occasion du scrutin du 14 octobre dernier, qui a donné la majorité à M. Grévy dans le IXe arrondissement de Paris. A Paris aussi habite et pratiquait naguère, dans une officine très-renommée, un très-honorable et savant pharmacien qui a l'avantage de ressembler extraordinairement à M. Grévy. Or, le dimanche soir, le résultat du vote étant déjà connu, notre honorable pharmacien se dirigeait paisiblement vers sa demeure, quand, en passant devant une section électorale, quelques personnes croyant reconnaître en lui M. Grévy, s'approchent et s'écrient : Voilà Grévy! Vive Grévy! Vive la République! Portons-le en triomphe! Et voilà ces patriotes qui se mettent en mesure d'exécuter leur projet, encouragés par une foule grossissant de minute en minute et prenant les proportions d'une véritable ovation populaire. C'est avec toutes les peines du monde que notre savant pharmacopole put se dégager du cercle qui le pressait de plus en plus, en s'écriant : Je ne suis pas Grévy! je suis X..., pharmacien au coin de la rue Z... L'identité fut reconnue par quelques personnes, et c'est ainsi que notre savant pharmacien put être soustrait à l'enthousiasme du peuple.

Dr SIMPLICE.

présente pas quelque signe naturel ou artificiel propre à faciliter la reconnaissance.

En dehors des signes naturels de conformation ou autres, on prend note et on décrit les tatouages, leur siége et ce qu'ils représentent; on enlève du cou les petites médailles ou bijoux que l'on y suspend souvent; on fouille les poches pour y rechercher des portefeuilles, porte-monnaie, clefs, ou cartes ou papiers propres à constituer l'état civil des individus.

Tous ces objets sont remis immédiatement au greffe, inscrits et décrits sur les registres. S'il existe de l'argent, des bijoux plus ou moins précieux, bagues, boucles d'oreilles, etc., on les dépose de suite à la préfecture de police.

Quoique placé derrière l'église Notre-Dame, endroit assez isolé, le quai Napoléon est très-passant, depuis que la Ville a transformé ce que l'on appelait autrefois le Petit-Pont de l'île Saint-Louis en un large pont à voitures qui relie la Cité à l'île Saint-Louis, et de là à la rue Saint-Antoine, par le pont de la Tournelle.

Lorsque les journaux annoncent l'existence de quelque crime, on voit affluer à la Morgue un grand nombre de curieux; ils y font, du matin au soir, une queue qui atteint quelquefois le chiffre de 1,000 à 1,500 personnes; des gardiens de la paix sont échelonnés sur le quai et dans l'intérieur de la salle du public, pour diriger les entrées et les sorties. Bon nombre d'agents de police en bourgeois y font fréquemment des récoltes d'inculpés de divers crimes, qu'ils recherchent. Il paraît que la curiosité est une des qualités des voleurs, ou même des assassins, qui aiment à entendre ce que l'on dit dans le public sur leur compte.

Tel est l'établissement de la Morgue, à l'exception de la salle d'autopsie et de la salle réservée aux magistrats.

La salle d'autopsie est vaste; elle est éclairée par deux fenêtres exposées au levant. Une table tournante est disposée à son centre.

On y trouve une boîte de secours et une grande armoire qui contient :

1° Des balances de précision, avec un plateau de forme spéciale pour recevoir un enfant nouveau-né, et des poids à division pour opérer les pesées et déterminer, au point de vue de l'âge, le poids du corps de l'enfant;

2° Une boîte à autopsie très-complète, fournie par M. Mathieu, coutelier;

3° Deux seringues en cuivre, l'une de deux litres, l'autre d'un litre, avec des ajustages de calibres différents, pouvant s'adapter aux plus gros comme aux plus petits vaisseaux;

4° Des bocaux destinés à recueillir les organes que l'on retire des corps pour les soumettre à l'analyse chimique; de l'alcool, du chlorure d'oxyde de sodium.

Dans l'établissement, du chlore de chaux en quantité et des poudres désinfectantes, un tonneau d'acide phénique du commerce.

Enfin, un robinet d'eau de la ville existe dans la salle d'autopsie, qui, d'ailleurs, communique directement avec la salle des morts, ce qui facilite le service des deux salles.

On voit, par cette énumération, que les médecins qui sont chargés de procéder aux autopsies judiciaires ont à leur disposition tout ce qui est nécessaire pour satisfaire à tous les besoins.

Ceci répond amplement à certaines assertions émises par des journaux qui, à l'occasion de l'assassinat de la maîtresse de Billoir, ont déclaré que les médecins experts manquaient de tout pour opérer, alors que le moindre garçon d'amphithéâtre de dissection qui aurait été appelé aurait pu pratiquer une injection d'acide phénique pour la conservation du corps coupé par morceaux; le tout sans se préoccuper de la question de savoir si ces injections étaient praticables. C'est là un sujet que nous ne voulons pas aborder, et que nous traiterons plus loin d'une manière générale (1).

Quant à la salle des magistrats, elle donne sur le quai; elle est adossée à la salle

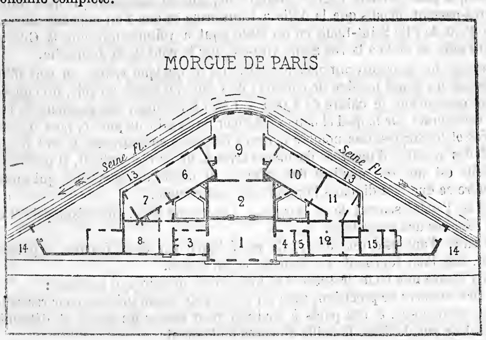
(1) Ce qui ressort de ces moyens accumulés pour la pratique des opérations judiciaires, c'est le soin qu'a pris l'administration de la préfecture de police de fournir à la justice toutes les conditions qui peuvent concourir à la découverte de la vérité.

d'autopsie; elle en est séparée par deux couloirs qui communiquent avec la salle d'autopsie, avec le greffe et avec le quai, par une porte spéciale destinée à faire entrer les accusés que l'on veut mettre en rapports avec leurs victimes.

Cette salle est meublée sans luxe, mais d'une manière convenable; on peut y faire subir un interrogatoire et y recevoir non-seulement la justice et ses greffiers, mais encore les inculpés, les agents ou officiers de police judiciaire qui les accompagnent.

A cet égard, toutes les convenances ont été observées par l'administration.

Telle est la disposition générale de la Morgue, dont le plan ci-joint donnera la physionomie complète.



Légende du plan de la Morgue :

1, salle du public, 12 mètres sur 6 mètres 80. — 2, salle d'exposition, 12 m. sur 6 m. — 3, greffe, 6 m. sur 4 m. — 4 et 5, garçons de service, 4 m. sur 3 m. 45. — 6, salle des morts, 9 m. 42 sur 5 m. 20. — 7, salle d'autopsies, 6 m. sur 5 m. — 8, salle des magistrats, 5 m. 50 sur 5 m. 85. — 9, salle de réception des corps, 10 m. 8 sur 5 m. 16. — 10, lavoir, 9 m. 16 sur 5 m. 20. — 11, séchoir, 5 m. 10 sur 5 m. — 12, magasin aux vêtements, 5 m. 10 sur 5 m. — 13-13, chemin de ronde. — 14-14, portes d'entrée et de sortie des corps. — 15, écurie.

Nous aborderons, dans un prochain article, ce qui concerne le service et l'hygiène de cet établissement.

(A suivre dans un prochain numéro.)

CHIRURGIE

ABCÈS FROID DES VERTÈBRES CERVICALES PRIS POUR UN CORPS ÉTRANGER DE L'OESOPHAGE.

Pendant un court séjour que je fis dernièrement à la campagne, dans le département de la Nièvre, j'eus occasion de connaître un cas curieux que j'observai avec mon confrère et ami le docteur Suryot, d'Entrains.

Dans un village dépendant de notre commune, vivait une femme d'une cinquantaine d'années environ, Augustine M..., scrofuleuse et rachitique, considérée comme une idiote, une *innocente*, selon la très-touchante et douce expression du pays. C'était une sorte de femme sauvage, vivant constamment aux champs et fuyant volontiers les maisons aux autres heures que celles des repas.

Le 11 septembre, le docteur Suryot fut appelé pour la voir. Elle avait avalé depuis plus de six jours une pomme cuite, dont la partie centrale contenant les pépins, lui était, disait-elle,

restée dans le cou; depuis ce long temps, elle avait dû cesser de manger, et, en ce jour, la boisson même était rejetée aussitôt qu'introduite.

Les affirmations étaient si nettes, si précises, que M. Suryot, malgré la date à laquelle remontait l'accident, devait croire à sa réalité; il se mit donc à l'œuvre, essaya de faire boire la malade; tentatives inutiles maintes fois renouvelées. Son esprit, toutefois, était en défiance, car un corps étranger siégeant à ce niveau depuis si longtemps aurait probablement amené des accidents du côté de la respiration, accidents qui n'avaient pas paru; il essaya, mais en vain, d'introduire la sonde œsophagienne, elle était arrêtée dès l'entrée. La malade ne voulant plus laisser poursuivre cette exploration, qui avait lieu sous un arbre, au beau milieu d'un champ, car elle avait absolument refusé d'entrer dans une maison, notre confrère revint et me conta les faits. Nous envisageâmes la conduite à tenir. Pour nous rendre maîtres d'une telle malade et l'examiner aisément, ne pouvions-nous pas la chloroformer? Oui, évidemment. Mais, d'un autre côté, nous craignions de voir survenir des accidents d'asphyxie, facilités par l'agent anesthésique, et il nous était fort bien en souvenance que nos maîtres de la Société de chirurgie en proscrivaient l'emploi (Le Dentu, Léon Le Fort, Desprès, Marjolin).

Nous savions aussi la nature du corps étranger, et j'avais entendu mon ancien et cher maître à Brest, M. Rochard, dire qu'en présence d'os de bœuf engagés dans l'œsophage, accidents assez fréquents, chez les marins comme chez les soldats, il les poussait simplement jusque dans l'estomac; de même le Recueil de mémoires de médecine militaire rapporte plusieurs cas où le corps étranger d'origine animale ou végétale avait été précipité à l'aide d'un poireau dans l'estomac. Je penchais donc vers ce dernier procédé.

Le lendemain, dès le matin, le docteur Suryot voyait la malade et recommençait l'examen avec le doigt profondément introduit; il trouva une surface saillante d'arrière en avant, lisse, légèrement rénitente, située sur la partie inférieure du pharynx. Ce fut une révélation. Examinant les vertèbres cervicales à la nuque, il en trouva plusieurs, saillantes, douloureuses, recouvertes par une peau rouge et enflammée. La constitution de la malade, qui offrait des traces nombreuses de rachitisme, torsion des jambes, gibbosité, etc., indiquait qu'on avait affaire ici à un abcès rétro-pharyngien, à un abcès ossifluent, à un mal de Pott cervical.

Augustine M... était très-affaiblie par sa longue inanition; on lui prescrivit des lavements de bouillon et de vin mélangés, qu'il fut impossible de lui faire prendre. Quelques heures après, elle rendit tout à coup du pus par la bouche en assez grande quantité; puis, se sentant mieux, elle saisit une cruche et but de l'eau abondamment; le soir, elle était morte.

Cette observation n'est-elle pas intéressante; et par la difficulté que la sauvagerie de la malade apportait à l'examen et au diagnostic; et par ce fait assez rare d'un abcès rétro-pharyngien s'ouvrant de lui-même, tandis qu'ils fusent presque toujours en décollant les tissus voisins; et aussi par cette persistance d'une sensation de pomme mal digérée, qui mettait forcément en déroute l'esprit du praticien, sensation due à une lésion de la muqueuse pharyngo-œsophagienne, produite par le séjour plus ou moins prolongé du corps étranger?

M. Marjolin a dit à la Société de chirurgie, en parlant des enfants : « Ils conservent la sensation du point où s'est arrêté le corps étranger. » On le voit, on peut même conserver la sensation longtemps appès la disparition de la cause, et ceci nous remet en mémoire un malade du professeur Trélat qui, en 1872, lui affirmait avoir un épi de blé dans la gorge depuis plusieurs jours. Après une exploration faite avec le plus grand soin et sans succès, le savant professeur introduisit et retira vide le panier de Graeffe.

L'homme sortit, emportant dans l'œsophage son épi de blé imaginaire.

Dr GUICHET.

BIBLIOTHÈQUE

HYGIÈNE MORALE, par M. le docteur Paul JOLLY, de l'Académie de médecine. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1877. In-12 jésus de 174 pages.

L'auteur, dans ce livre, — qui n'est cependant pas bien gros, — aborde successivement les sujets les plus ardus de la psychologie et de la philosophie : l'homme, la vie, l'instinct, la curiosité, l'imitation, l'habitude, la mémoire, l'imagination, la volonté; voire la puissance thérapeutique de la volonté. Les lecteurs de ce journal connaissent déja, en partie, quelques-uns des points traités par M. le docteur Jolly. Presque tous, sinon tous, ont fait l'objet de

lectures devant l'Académie de médecine. Ils ont été appréciés, en leur temps, par les rédacteurs spéciaux, et des extraits assez longs en ont été publiés ici même, *in extenso*.

Séduit, comme tout le monde, affriandé par les morceaux dont j'avais goûté, j'ai voulu me régaler de l'ensemble. J'ai lu le livre en son entier, et j'ai bien fait, et j'engage vivement mes confrères à en faire autant. C'est, à coup sûr, une bonne et charmante chose, point commune, surtout à notre époque, il me semble, que de pouvoir passer quelques heures avec un homme de grande expérience, aimable et bienveillant, fort instruit, qui a beaucoup et bien vécu, et qui consent à vous raconter, dans un beau et pur langage, tout ce qu'il a appris, tout ce qu'il pense, à propos des problèmes les plus intéressants de l'activité et de la destinée humaines. Pour ma part, je suis charmé et plein de gratitude pour l'esprit distingué qui a bien voulu me faire ses confidences; pour le travailleur infatigable et dévoué qui, ménager de mon temps et prodigue du sien, n'a pas reculé devant la tâche vraiment dure de condenser en un nombre de pages, relativement minime, les réflexions de toute sa vie sur des propositions qui, évidemment, lui tiennent à cœur, et qui, étant du domaine de la philosophie, offrent une tentation, si rarement repoussée, à d'intarissables disquisitions.

Un auteur qui s'impose de tels sacrifices pour vous complaire est un ami véritable, lecteur, et vous vous laisserez d'autant plus volontiers aller à la douceur de ce commerce passager, que chez lui le cœur est, si plus ne passe, au niveau de l'intelligence. Est-il possible de lire les premiers mots de la dédicace de ce volume sans être attendri jusqu'aux larmes? Voyez : « A la mémoire de mon fils Jules Jolly. »

« Tu n'es plus là, mon bien cher fils, pour donner des encouragements à mes travaux, pour les éclairer de tes sages et précieux conseils; ami! tu n'es plus là pour consoler mes derniers jours! »

Je ne crois pas que jamais rien m'ait remué et touché plus profondément. M. le docteur Paul Jolly a eu 87 ans au mois de juin dernier, étant né le 8 juin 1790. C'est l'âge exactement, à deux mois près, qu'aurait mon excellent et très-regretté père. Quelles tristesses! Ah! si les survivants pouvaient, même de bien loin, remplacer ceux qui sont partis!

Comment voudriez-vous, après cela, que je songeasse à critiquer ce livre, et à chercher les endroits où nous ne sommes pas, l'auteur et moi, du même avis? Je ne serais qu'un butor. On l'est assez souvent sans le vouloir, sans le savoir. Mais quand on le sait! Cher lecteur, vous n'exigerez pas cela de moi, qui vous suis pourtant tout dévoué. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

M. H. Bouley, au nom de M. Menesson, communique la terrible observation qu'on va lire :

« J'ai l'honneur, dit M. Menesson, de faire connaître à l'Académie les conditions dans lesquelles un jeune vétérinaire de la Capelle vient d'être victime de la rage canine, qui lui a été transmise, non par la fatalité d'une morsure, mais par une inoculation accidentelle, à la suite d'une autopsie. Ce malheureux jeune homme avait eu l'imprudence de procéder à cette opération avec quelques excoriations aux mains; et, malgré ces blessures, d'ouvrir la cavité buccale et de mettre ses doigts en contact avec la salive. C'est de cette manière qu'il s'est inoculé la maladie. Il est intéressant de bien établir ce fait, car la salive seule est virulente dans le cadavre du chien enragé. Mais ne l'est-elle que dans la bouche? Celle qui a été déglutie et mêlée aux matières de l'estomac n'a-t-elle pas conservé ses propriétés? Je ne sache pas que cette question ait été résolue expérimentalement; mais il y a de fortes présomptions que l'activité virulente n'est pas éteinte dans la salive que l'estomac peut contenir. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas par l'intermédiaire de cette salive, mais par celle de la bouche que, dans le cas particulier sur lequel l'attention de l'Académie est appelée actuellement, la rage a été transmise.

Après une incubation de trois mois environ, les symptômes se déclarèrent avec une effrayante intensité. Comme d'ordinaire, dans cette terrible maladie, la soif était ardente et l'horreur pour les liquides invincible.

La faradisation m'a donné des effets remarquables.

« Les accès convulsifs, auxquels s'ajoutait une sputation constante formée par une écume blanche mousseuse, se succédant sans interruption, j'eus d'abord recours, mais sans résultat, aux injections hypodermiques, puis aux inhalations de chloroforme. Elles ne purent être tolérées et provoquèrent des crises encore plus violentes. C'est alors que j'employai la faradisation et appliquai l'un des pôles d'un appareil à induction à la nuque, dans la région bulbaire, et l'autre pôle à la plante d'un des pieds. Sous l'influence du courant électrique, M. Moreau

éprouva un soulagement immédiat, et à l'excitation considérable qui existait succéda un calme sensible qui lui permit de causer et de boire, sans qu'il y eût apparence de spasmes provoqués par la vue ou le contact du liquide.

« L'action continue du courant produisant une très-vive douleur, je dus l'interrompre, à la demande du malade; mais aussitôt les convulsions reparurent, aussi épouvantables qu'auparavant, et furent suspendues à nouveau par une application nouvelle de l'électricité.

« Enfin, après une lutte de deux jours, avec alternatives d'exacerbations et de rémissions, la mort survint presque subitement par un arrêt des contractions cardiaques.

« Dans cette observation, les effets de sédation obtenus par la faradisation ont été assez marqués pour engager à l'avenir les praticiens à insister, en pareille circonstance, sur l'emploi de l'électricité, dont l'action sur le bulbe a été suivie d'un état assez satisfaisant pour ne pouvoir être mis en doute.

« C'est, en outre, une localisation à signaler. Du reste, rien de surprenant dans les effets sédatifs obtenus par la pile, puisque c'est du bulbe que procèdent les divers mouvements nécessaires à la respiration, et que, par le pneumogastrique, il tient sous sa dépendance la circulation pulmonaire. »

M. P.-H. Boutigny adresse la note suivante sur les satellites de Mars :

« La découverte des satellites de Mars m'a rappelé l'essai de cosmogonie que j'ai déduit des propriétés de la matière à l'état sphéroïdal.

Après avoir emprunté à Herschel un programme sur la marche des comètes, j'écrivais :

« Ajoutons à cela le dédoublement bien observé, bien constaté de plusieurs comètes, et la découverte le même jour, en Europe et en Amérique, d'un nouveau satellite de Saturne (1848).

« D'après mes idées, ce nouveau satellite aurait été découvert immédiatement après sa naissance, sa projection; c'est-à-dire que Saturne serait encore agité par ces grands mouvements vibratoires, dans lesquels la force centrifuge serait prédominante. Comment admettre, en effet, que Saturne, qui n'a pas cessé d'être observé depuis la découverte de son avant-dernier satellite, ait dérobé à tous les regards celui qui vient d'être reconnu tout récemment? Il y a donc là un fait de plus qui vient à l'appui de notre hypothèse. »

Si l'on se reporte au planisphère de M. Flammarion et si on le compare avec la carte de Beer et de Madler, peut-être parviendra-t-on à prouver que les deux satellites de Mars sont de date récente.

Dans l'opuscule déjà cité, j'ai accumulé bon nombre de faits en vue d'établir que la Lune n'avait pas toujours existé (p. 276 et suiv.). Une effroyable explosion de la masse incandescente qui constitue la presque totalité du globe a pu lancer la Lune dans l'espace à la distance où l'attraction et la répulsion sont en équilibre.

On lit dans l'*Exposition du système du Monde* de Laplace, p. 251 :

« Un projectile lancé avec force, d'une grande hauteur, retombe au loin sur la Terre en décrivant une courbe parabolique; et si sa vitesse de projection était d'environ 7,000 mètres dans une seconde et n'était point éteinte par la résistance de l'atmosphère, il ne retomberait point et circulerait comme un satellite autour de la Terre, sa force centrifuge étant alors égale à sa pesanteur. Pour former la Lune de ce projectile, il ne faut que l'élever à la hauteur de cet astre et lui donner le même mouvement de projection. »

Si Laplace a publié cette comparaison hardie, c'est qu'il admettait qu'une formidable éruption volcanique de la Terre avait pu projeter la Lune dans l'espace. » — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 août 1877. — Présidence de M. Mercier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION

M. Dubuc donne lecture d'un travail sur un moyen de faciliter l'évacuation des graviers et de prévenir la récidive de la pierre chez les malades atteints de gravelle urique habituelle. (Voy. Union Méd. du 27 octobre 1877.)

M. Mercier, relevant un passage de la communication précédente, demande si le malade n'a pas fourni quelque raison plausible pour expliquer l'hémorrhagie légère dont a parlé M. Dubuc?

M. Dubuc est d'avis que cet *incident* est dû vraisemblablement à ce que l'aspiration aura été exercée avec trop d'énergie.

M. MERCIER fait observer, à ce propos, que l'aspiration, quel que soit d'ailleurs celui qui la pratique, doit toujours être précédée d'une injection de liquide dans la vessie, afin d'éviter les inconvénients évidents de cette opération sur les parois d'un réservoir vide.

COMMUNICATIONS VERBALES

M. DUROZIEZ rapporte sommairement le cas d'une dame, très-forte, qui, étant sur le point d'accoucher, l'avait fait appeler dès la rupture de la poche des eaux. La perte de liquide étant abondante, et M. Duroziez n'étant pas encore arrivé, on était allé, dans l'intervalle, quérir une sage-femme, qui ne put parvenir à constater aucune présentation. Le lendemain et le surlendemain, M. Duroziez ne fut pas plus heureux. Cependant, en palpant l'abdomen, il lui *semblait* constater la présence de la tête, en haut et à droite, vers le fond de l'utérus; mais le toucher, pratiqué aussi profondément que possible, ne donnait rien, et un autre médecin, appelé aussi sur ces entrefaites, dut le reconnaître à son tour. La nuit suivante s'écoula tout entière, sans aucun changement. Ce fut seulement dans la matinée, vers sept heures, que des douleurs survinrent, et, vers dix heures et demie du matin, l'enfant vint au monde par la tête. Il était, du reste, dans un état demi-asphyxique, le cordon formant trois circulaires autour du cou.

M. Duroziez fait remarquer que, si le fait n'est pas absolument rare, il est pourtant toujours intéressant; et peut-être, ajoute-t-il, la brièveté acquise du cordon n'a-t-elle pas été sans influence sur la difficulté que paraît avoir éprouvée l'enfant à s'abaisser assez pour qu'on ait pu sentir sa tête par le toucher, dès le début du travail.

M. POLAILLON pense, comme M. Duroziez et sans doute tous ses collègues, que le fait en question n'est, en effet, pas absolument rare; on peut même considérer comme relativement assez communs les cas dans lesquels une femme perd les eaux durant un assez grand nombre de jours avant d'accoucher. Ici même, la durée du phénomène a été assez courte, puisqu'il s'est agi de trente-six heures seulement. La rupture prématurée de la poche des eaux est, du reste, on le sait, généralement exempte d'effets fâcheux, quand elle s'est produite spontanément; tandis que la même rupture, obtenue artificiellement, est souvent intempestive.

L'explication que M. Duroziez a cherché à donner de la difficulté qu'on avait eu à préciser le diagnostic de la présentation, aurait besoin d'être mieux prouvée pour pouvoir être admise, et, du reste, cette difficulté pouvait dépendre d'autres causes, bien connues, qu'il serait superflu d'énumérer ici.

Enfin, relativement à la sensation qui avait fait croire que la tête était située en haut et à droite vers le fond de l'utérus, — en admettant qu'elle n'ait pas été le résultat d'une illusion, — elle n'est nullement en désaccord avec la façon dont la naissance s'est effectuée; car, en somme, il a très-bien pu se produire une version spontanée.

—

M. A. MARTIN fait connaître, seulement pour prendre date, l'histoire sommaire d'un malade atteint d'ataxie locomotrice progressive, chez qui les douleurs fulgurantes, devenues insupportables, ont été très-promptement soulagées par l'usage du salicylate de soude, administré d'abord à la dose de 5 grammes, puis seulement d'un gramme par jour. Le soulagement obtenu est tel que le malade n'*ose* plus se passer de son précieux remède; mais il faut ajouter que la douleur en ceinture persiste quand même.

M. DUROZIEZ ne songe pas à mettre en doute l'exactitude des avantages obtenus par le malade de M. Martin; mais il en est pourtant surpris. Il serait merveilleux que le salicylate de soude pût donner *constamment* un pareil résultat. On sait, du reste, que les douleurs dont a parlé M. A. Martin finissent parfois par disparaître elles-mêmes toutes seules; mais, quant à la douleur en ceinture, il est bien à craindre que le salicylate demeure impuissant devant elle.

M. E. PERRIN est d'autant plus disposé à admettre l'heureuse influence dont a parlé M. A. Martin, que déjà, évidemment à l'insu de ce dernier, M. G. Sée a obtenu de bons effets de l'emploi du salicylate dans l'ataxie.

M. GILLETTE cite incidemment le cas d'une jeune fille, qu'il a soignée récemment pour une arthrite du poignet gauche, liée à l'existence d'une blennorrhagie, et chez qui les douleurs très-intenses du poignet ont été calmées, dès les premiers jours, par l'usage du salicylate de soude, à la dose de 3 grammes par jour. Il est vrai, ajoute M. Gillette, que des pointes de feu avaient été appliquées en même temps sur la région endolorie.

M. A. MARTIN cite, à son tour, une observation différente, relative à un cas d'ozène constaté chez un jeune homme qui avait jusque-là, et pendant longtemps, été vainement soumis à des cautérisations nombreuses au nitrate d'argent, et qui, au contraire, avait obtenu très-

promptement d'heureux résultats, à la suite d'injections et de reniflements d'une solution au salicylate de soude.

M. GILLETTE fait observer, à ce propos, que l'application des préparations salicyliques au traitement des plaies de mauvaise nature et des diverses sortes d'ulcérations a déjà fait ses preuves, et que M. A. Martin vient seulement d'en fournir un nouvel exemple.

M. A. MARTIN ne croit pas qu'aucun exemple d'ozène, ainsi traité, ait encore été publié.

M. DUROZIEZ, revenant sur l'emploi des préparations salicyliques à l'intérieur, dans les cas d'ataxie locomotrice, déclare que, pour sa part, il ne voudrait y recourir qu'avec beaucoup de prudence. Il se défierait surtout d'en faire un usage prolongé, pour combattre des douleurs contre lesquelles l'hydrothérapie compte depuis longtemps des avantages reconnus, sans faire redouter à personne les inconvénients, toujours menaçants, de l'usage prolongé des substances toxiques.

M. A. MARTIN se défend d'avoir voulu faire devant la Société l'apologie du salicylate de soude en général; mais, en revanche, il pense qu'on aurait tort de vouloir incriminer quand même un agent qu'on peut, sans inconvénient, employer à la dose d'un gramme, de façon à déterminer s'il est réellement utile ou non. Dans un cas de torticolis rhumatismal, un de ses malades a été impunément soumis à l'usage de 10 grammes de salicylate, dans un seul jour, et avec succès.

M. GILLEBERT DHERCOURT fait remarquer que, jusqu'à présent, on ne sait pas encore assez à quel degré l'appareil uropoiétique possède, chez les divers malades, la faculté d'éliminer le salicylate de soude, ni sous quelle forme peut s'accompltr cette élimination. Il serait sage de tâter, en quelque sorte, l'aptitude de chaque malade sous ce rapport, avant de le soumettre d'une manière prolongée à l'usage du salicylate, auquel on ne se déciderait ainsi à recourir qu'en parfaite connaissance de cause.

M. DUROZIEZ : Il faut tenir compte, en effet, dans chaque cas, des susceptibilités particulières, et, pour cette raison, on ne saurait faire de trop sages réserves.

Le secrétaire annuel, Dr O. LARCHER.

FORMULAIRE

—

ÉLIXIR ANTIASTHMATIQUE. — DESNOS.

Racine de polygala.	2 grammes.
Eau	125 —

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié, passez et ajoutez :

Iodure de potassium.	6 grammes.

Après refroidissement, ajoutez :

Eau-de-vie.	60 grammes.
Sirop d'opium	120 —

Filtrez. — Deux à trois cuillerées à bouche, par jour, aux personnes atteintes d'asthme : la première, le matin, à jeun, et les autres, au milieu du jour et le soir, au moment le plus éloigné des repas. On continue ainsi, jusqu'à ce que l'accès d'asthme ait disparu. — Cet élixir, qui n'est autre que celui d'Aubrée, modifié, contient 6 grammes d'iodure au lieu de 15, et, grâce à cette diminution dans la proportion de ce médicament, on évite les accidents du côté du pharynx, qu'il faut cependant surveiller avec soin. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 10 NOVEMBRE 1744.

—

Chrétien-Godefroy Gruner naît à Sagan, en Silésie. Il devait devenir un des médecins les plus érudits et les plus laborieux que l'Allemagne ait produits. Dans la multitude de ses écrits, on remarque particulièrement ceux relatifs à l'histoire de la médecine, tels que sa classification critique des ouvrages attribués à Hippocrate; ses antiquités anatomiques et pathologiques, etc. — A. CH.

COURRIER

COURS COMPLÉMENTAIRES. — La *Gazette hebdomadaire* de ce jour annonce que M. le doyen

de la Faculté a reçu de M. le ministre de l'instruction publique une lettre annonçant l'intention de surseoir, non de renoncer, à l'exécution de son arrêté; néanmoins, dit le même journal, il paraît qu'on va procéder à la nomination d'une commission mixte analogue à celle dont M. Chauffard a été le rapporteur.

Néanmoins, dirons-nous à notre tour, le dernier numéro du *Bulletin administratif du ministère de l'instruction publique,* portant la date du 9 novembre, publie le décret présidentiel du 20 août et les arrêtés ministériels des 10 et 11 octobre derniers, relatifs aux cours complémentaires.

Société de pharmacie de Paris. — La Société de pharmacie de Paris est reconnue comme établissement d'utilité publique.

— M. Jules Talrich, l'habile modeleur d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, vient de recevoir le titre d'officier d'Académie, pour services rendus à l'instruction publique. Nous sommes heureux d'adresser à M. Talrich nos sincères compliments.

Service médical de nuit. — Pendant l'année 1876, le montant des honoraires dus par les personnes qui ont réclamé les soins des médecins du service de nuit, et dont on n'a pu opérer le recouvrement, s'élève à 932 francs.

Société de médecine de Paris. — La séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le samedi 10 novembre 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Discussion sur l'emploi du seigle ergoté dans les hémorrhagies nasales et utérines. — 2° Discussion sur l'ovariotomie (à propos de la communication de M. Polaillon). — 3° Candidatures de membres titulaires. — 4° Communications diverses.

Société de médecine légale. — La séance de la Société de médecine légale aura lieu le lundi 12 novembre courant, à 3 heures très-précises, au Palais de Justice, dans la salle d'audiences de la 5e chambre du Tribunal civil. Entrée par le boulevard du Palais, n° 2.

La séance est publique pour les médecins.

Ordre du jour : I. Communication de M. Fraboulet, juge d'instruction à Saint-Brieuc, membre correspondant de la Société. — II. Rapport de M. Legroux, sur les ecchymoses sous-pleurales. — III. Discussion du rapport de M. Ladreit de la Charrière, sur les signes de la mort et sur la crémation. — IV. Discussion du rapport de M. Demange, sur les mesures législatives concernant les aliénés dangereux (vote sur les conclusions). — V. Discussion du rapport de M. Pénard, sur le tarif des expertises judiciaires. — VI. Communication de M. Billod, sur l'aphasie. — VII. Communication de M. Bardy-Delisle, sur l'empoisonnement par l'arsenic.

École pratique. — M. le docteur Straus commencera un cours de *pathologie interne*, lundi 12 novembre, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 1, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Il traitera des maladies du système nerveux.

Cours de pathologie interne. — M. le docteur Rathery commencera son cours le mardi 13 novembre, à 8 heures du soir (amphithéâtre n° 3 de l'École pratique), et le continuera le mardi et le samedi, à la même heure. — Il traitera des maladies de l'appareil digestif.

Maladies des voies urinaires. — M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 12 novembre, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire le mercredi 14 novembre, à huit heures du soir (amphithéâtre n° 3 de l'École pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,986,748 habitants. — Pendant la semaine finissant le 1er novembre 1877, on a constaté 765 décès, savoir :

Variole, 1 décès; — rougeole, 3; — scarlatine, 5; — fièvre typhoïde, 28; — érysipèle, 4; — bronchite aiguë, 29; — pneumonie, 70; — dysenterie, 0; — diarrhée cholériforme des enfants, 4; — choléra infantile, 0; — choléra, 0; — angine couenneuse, 27; — croup, 14; — affections puerpérales, 3; — affections aiguës, 202; — affections chroniques, 320 (dont 149 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 36; — causes accidentelles, 19.

A Londres, du 21 au 27 octobre 1877, on a compté 1,499 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CONSTITUTION MÉDICALE

JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE 1876

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 octobre 1877 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

III. — VARIOLE.

La variole subit en même temps, pendant l'époque actuelle, deux *mouvements de déclinaison;* l'un *saisonnier*, qui est normal, et qui fait du trimestre d'été le moins chargé de toute l'année; l'autre, *annuel*, qui est extrêmement prononcé.

Pendant ce troisième trimestre, il n'y a eu à Paris que 21 décès varioleux dans la ville entière, les chiffres mortuaires des trimestres correspondants des années précédentes étant de 76 pour 1876, — 74 pour 1875; cependant, le tracé de la courbe multi-annuelle, commencé à 0 en 1873, est toujours relativement ascendant, — les chiffres du troisième trimestre de 1874 et de 1873 n'ayant été que de 12 et de 3.

Tableau indiquant le chiffre des décès varioleux, par mois et par arrondissement, pendant le troisième trimestre de l'année 1877.

ARRONDISSEMENTS	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Saint-Antoine.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	TOTAUX MENSUELS
Juillet	»	1	»	»	1	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	1	2	»	»	8
Août	»	»	»	1	»	2	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	2	»	»	»	9
Septembre.	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	1	»	»	»	4
Totaux par arrondissement.	1	1	»	1	1	2	»	1	1	1	1	»	4	1	»	»	4	2	»	»	21

Le tableau ci-dessous, qui représente le *mouvement* des varioleux dans les hôpitaux civils de Paris pendant le troisième trimestre des années 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, permet de suivre en même temps les oscillations annuelles, mensuelles, et saisonnières de la maladie.

MOIS	1872		1873		1874		1875		1876		1877	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Juillet	19	7	2	0	8	4	53	5	69	7	23	4
Août	28	7	1	0	3	1	41	1	57	7	24	3
Septembre	16	1	1	0	3	0	27	3	59	9	8	1
Totaux	63	45	4	0	14	5	121	9	185	23	65	8

IV. — FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les lois de la *marche saisonnière* de la fièvre typhoïde, que j'ai déduites de l'observation attentive de l'évolution de la maladie dans toutes ses phases, sont telle-

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 novembre.

ment précises que j'ai pu, dans mon précédent rapport sur le deuxième trimestre de 1877, annoncer, sans aucune hésitation, que la courbe typhoïde avait atteint son *hypogée annuelle*, et qu'elle allait, en même temps que la variole déclinerait, s'élever au contraire par un mouvement régulier et continu, définitivement accentué au mois d'août.

Voici, en effet, les chiffres qui représentent cette marche, et qui permettent d'en tracer la courbe pour Paris : En juin, 47 décès typhiques ; — 77 en juillet ; 128 en septembre.

Sans forcer les analogies, et sans établir aucune comparaison déplacée, on ne peut pas cependant ne pas remarquer que, considérées dans les années et les saisons, les maladies épidémiques s'élèvent et s'abaissent alternativement, subissent une *véritable gravitation*, *parcourent des courbes qui leur sont propres*, et *sont soumises*, dans leurs phases, *à certaines lois*.

En prenant les années et les saisons comme plan d'évolution de ces maladies, exactement à la manière dont les astronomes prennent l'espace comme champ de gravitation des astres, on doit pouvoir, par une étude attentive et suffisamment prolongée, par des observations numériques faites conformément au procédé scientifique, tracer un jour la *carte normale des maladies épidémiques*, comme on cherche à tracer aujourd'hui la carte des vicissitudes de l'atmosphère, comme on a tracé depuis longtemps la carte céleste. Il est inutile de dire que la réalisation complète de ce projet, dont nous jetons seulement les bases positives, ne peut être le fait d'un observateur isolé, ni d'une courte période ; mais, en tenant compte de la netteté et de la précision des résultats que nous avons déjà pu établir partiellement, nous ne mettons pas en doute que cette réalisation ne doive se produire un jour.

Tableau comparatif indiquant le *nombre* des *décès* par *fièvre typhoïde*, à Paris, pendant le troisième trimestre des années 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877.

ANNÉES	1872	1873	1874	1875	1876	1877	Totaux mensuels.
Juillet	57	44	96	77	84	77	435
Août	99	90	103	54	306	121	773
Septembre	100	175	87	89	265	128	844
Totaux trimestriels...	256	309	286	220	655	326	2,052

On a pu voir, par le tableau ci-dessus, que le paroxysme estival de 1877 est un peu plus élevé que le niveau moyen du faîte correspondant des années communes, mais qu'il n'atteint que la moitié de la hauteur du paroxysme épidémique de l'année précédente : 326 décès seulement, au lieu de 655.

Dans le tableau ci-dessous, on trouvera la *répartition des décès* par *fièvre typhoïde à Paris*, par *mois* et par *arrondissement ;* cette répartition présente *quelques analogies* et de *nombreuses différences* avec celle que j'ai précisée dans tous ses éléments pendant la durée de l'épidémie de 1876. Ces variations, dont je ne renonce pas à chercher la loi, montrent, une fois de plus, combien est complexe le problème de l'étiologie typhoïde, problème que quelques auteurs semblent cependant vouloir réduire à une formule élémentaire : tellurique, fécale, ou autre. Nous reviendrons ultérieurement sur ce point important, quand nous aurons réuni les documents nécessaires pour comparer l'année entière commune à l'année exceptionnelle épidémique.

3ᵐᵉ TRIMESTRE 1877 — Arrondissements — MOIS	1 Louvre.	2 Bourse.	3 Temple.	4 Hôtel-de-Ville.	5 Panthéon.	6 Luxembourg.	7 Palais-Bourbon.	8 Elysée.	9 Opéra.	10 Saint-Laurent.	11 Saint-Antoine.	12 Reuilly.	13 Gobelins.	14 Observatoire.	15 Vaugirard.	16 Passy.	17 Batignolles.	18 Montmartre.	19 Chaumont.	20 Ménilmontant.	TOTAUX MENSUELS.
Juillet.	3	1	1	4	6	4	1	6	5	4	6	»	2	3	4	6	12	5	4	»	77
Août	7	5	6	3	11	2	11	3	6	12	9	7	3	4	6	2	9	8	4	3	121
Septembre.	3	5	2	5	9	6	4	6	12	7	7	4	8	11	7	4	9	13	4	2	128
Totaux.	13	11	9	12	26	12	16	15	23	23	22	11	13	18	17	12	30	26	12	5	326

La *mortalité typhoïde* atteint chaque année son *maximum* dans le deuxième *semestre* (*mortalité absolue*); mais c'est dans le troisième *trimestre* que la *mortalité relative* s'élève toujours au chiffre le plus élevé; aussi, quel que doive être le *nombre des décès*, toujours plus considérable dans le quatrième trimestre que dans le troisième, on peut affirmer que la *mortalité relative* (le coefficient mortuaire) sera plus faible pendant les mois d'octobre, de novembre et de décembre, qu'il ne l'a été pendant les mois de juillet, d'août et de septembre; nous signalons, comme d'habitude, cette particularité aux médecins qui expérimentent sur la thérapeutique de la fièvre typhoïde, et qui omettent toujours de s'enquérir du taux mortuaire de la maladie au moment où ils font leur expérimentation.

Tableau comparatif indiquant le mouvement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux civils de Paris pendant le troisième trimestre de 1877 et le troisième trimestre de huit années antérieures réunies.

Mois	TROISIÈME TRIMESTRE 1877			TROISIÈME TRIMESTRE de 8 années antérieures réunies.		
	Mouvem.	Décès	P. p. 100	Mouvem.	Décès	P. p. 100
Juillet	80	36	(1) 45.00	739	180	24.35
Août.	153	36	23.52	1051	335	31.86
Septembre.	255	56	21.96	1475	392	26.57
Totaux.	488	128	26.02	3265	907	27.77

(1) *N. B.* — Le chiffre de 45 décès p. 100 représentant la mortalité typhoïde de ce mois est purement fictif, car le *mouvement* considéré pour un mois *isolément*, alors surtout qu'il s'agit d'un mois de transition entre le point le plus bas de la courbe typhoïde et son élévation estivale brusque, ne donne pas la mortalité relative *vraie*; pour avoir le coefficient exact, il faut réunir dans la supputation le mois précédent et le mois suivant. On voit d'ailleurs qu'il suffit de joindre ce mois aux deux suivants pour retrouver la moyenne normale.

Voici maintenant un extrait des documents très-intéressants, mais fort peu nombreux, qui sont parvenus à la commission.

HÔPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE. — M. Lereboullet : « Fièvres typhoïdes nombreuses et assez graves, surtout pendant le mois de septembre. Fréquentes *irrégularités* de la courbe thermique; 2 cas de *rechute* et 1 cas de *récidive;* chez 2 de ces malades, la nouvelle courbe fébrile prit naissance au dix-huitième et au vingt-deuxième jour de la maladie, alors que la défervescence s'accusait déjà par une série d'oscillations descendantes. Chez le troisième, la défervescence semblait définitive au vingtième jour de la maladie, j'avais cessé de noter la température, et je commençais à alimenter le malade, lorsqu'un nouveau mouvement fébrile prit naissance, et une nouvelle courbe durant dix-sept jours, accompagnée de tous les symptômes de la fièvre typhoïde, annonça l'évolution d'une récidive de la maladie.

Dans un autre cas, chez un malade qui avait été traité dans le service de M. Villemin pour

une fièvre typhoïde grave avec symptômes nerveux et *albuminurie* transitoire, j'ai eu à lutter contre des *accidents uroémiques* caractérisés par un état subcomateux avec délire persistant, sueurs profuses, adynamie et dyspnée extrêmes, élimination très-abondante d'albumine, d'acide urique et d'urée par les urines. Ces accidents, dont la durée fut de cinq à six jours, furent suivis d'une convalescence longue et pénible.

Enfin un autre malade, atteint d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, se trouvait au dixième jour de la maladie, lorsqu'il fut pris de *douleurs* très-vives dans la jambe droite avec gonflement œdémateux au niveau de son tiers supérieur et externe. En peu de jours, tous les signes d'une *gangrène* sèche se manifestèrent. La gangrène envahit le pied et le tiers inférieur de la jambe. Sa région externe et antérieure présenta, au contraire, les caractères de la gangrène humide. Au bout de dix-neuf jours, l'élimination des régions gangrénées tendait à se faire; l'adynamie était extrême, la fièvre assez irrégulière comme évolution, mais toujours intense. Les battements de toutes les artères du membre inférieur droit avaient disparu. A la crurale, on ne constatait ni battements ni induration. A ce moment, le malade fut évacué dans le service de chirurgie. L'*amputation* put être pratiquée au lieu d'élection par mon collègue, M. Pingaud. Les tissus de la région postérieure de la jambe jusqu'au tiers inférieur du mollet étaient, en effet, demeurés sains. L'amputation fut pratiquée sans compression préalable, et cependant le malade ne perdit que fort peu de sang. Toutefois, les artères restaient béantes, sans qu'aucun caillot pût y être constaté. Dans le membre amputé, on constatait, au milieu des muscles décomposés et offrant plusieurs foyers purulents, des vaisseaux gangrénés mais perméables. L'obturation artérielle semblait donc remonter jusqu'au niveau de l'iliaque externe. Le malade est aujourd'hui en voie de guérison, et les battements artériels semblent reparaître dans l'artère crurale. Il est donc probable qu'il n'y a pas eu dans ce cas d'artérite périphérique. Je dois cependant faire remarquer que, à aucune période de la maladie, je n'ai constaté aucun trouble appréciable du côté du cœur, et que, par conséquent, il est difficile de croire à une embolie. Cette observation sera publiée. »

M. A. Laveran : « La *fièvre typhoïde*, qui n'avait fourni aucun malade au mois de juillet, a reparu aux mois d'août (11 cas) et de septembre (7 cas); les malades atteints de fièvre typhoïde provenaient de corps différents et de casernes éloignées les unes des autres.

Dans 2 cas, la fièvre typhoïde a *récidivé;* la défervescence était complète, les malades semblaient entrés en convalescence, lorsque la fièvre a recommencé; tous les symptômes : douleur dans la fosse iliaque, diarrhée, insomnie, taches rosées ont reparu; les deux malades ont guéri. Cette fièvre typhoïde récidivée ne saurait être confondue avec le typhus à rechute.

Deux malades ont pris des *pleurésies* pendant la *convalescence* de la fièvre typhoïde, tous les deux ont guéri; un autre a eu une *thrombose veineuse* de la jambe gauche, avec tous les symptômes de *phlegmatia alba*; il a guéri également.

Un seul malade atteint de fièvre typhoïde a succombé; les températures étaient très-élevées matin et soir, il existait du délire bruyant; j'ai employé, dans ce cas seulement, les bains froids, et je n'ai obtenu que des abaissements très-passagers de température.

Chez plusieurs malades j'ai noté l'*abondance des taches rosées;* dans un cas, ces taches étaient si abondantes qu'elles simulaient l'éruption de la rougeole; on les trouvait non-seulement sur le tronc, mais sur les membres mêmes, aux extrémités et à la *face*, il y avait en même temps des *taches ombrées* à la racine des membres inférieurs. »

HÔPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. — M. Champenois : « 423 fiévreux sur 701 entrées diverses; 59 fièvres typhoïdes, 11 décès, soit 18,76 p. 100. »

HÔPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bergeron : « Comme dans tous les hôpitaux, sans doute, la fièvre typhoïde a reparu pendant le troisième trimestre; la statistique de mon service donne 21 cas, dont 4 en juillet, 9 en août et 8 en septembre; 2 cas seulement ont été suivis de mort. Vous voyez qu'au double point de vue du nombre des admissions et de la proportion des décès, la situation est moins inquiétante qu'elle ne l'était, l'année dernière, à pareille époque; cependant le nombre des cas semble devoir se maintenir, pour le mois d'octobre, au niveau de celui de septembre. On ne saurait donc se prononcer encore d'une manière absolue sur la marche ultérieure de la maladie. »

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Archambault : « Jusqu'à la moitié d'août, il n'y avait pas eu de fièvres typhoïdes dans nos salles; mais, à partir de ce moment, les cas se multiplièrent rapidement, si bien qu'à la fin de septembre, sans compter quelques-uns restant dans les salles, nous en avions traité 22, sur lesquels je ne compte qu'un seul décès. Cette proportion exclusivement favorable pourra se modifier, attendu qu'il reste dans les salles 2 enfants gravement atteints qui pourraient bien succomber. Ces fièvres typhoïdes ont été assez graves, et c'est surtout les complications pulmonaires qui leur donnaient ce carac-

tère; quand la température a été très-élevée, on a donné des bains tièdes seulement. Les enfants atteints étaient généralement robustes, et je vois sur mes notes que le plus jeune de ces 22 enfants avait 9 ans; il en reste 3 dans les salles qui ont moins que cet âge, mais tous les autres avaient de 9 à 13 ans. Cette épidémie, commencée brusquement, paraît vouloir finir de même. Le nombre des entrées a diminué sensiblement dans la deuxième quinzaine de septembre, et elles continuent à être rares. »

(La suite à un prochain numéro.)

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

II. En ce qui concerne les nourrices, comment nous opposer aux contaminations syphilitiques pouvant dériver de leur fait?

Deux ordres de cas, empruntés à la situation dont nous poursuivons toujours l'étude, se présentent à notre examen et doivent être discutés séparément.

1° Dans les cas du premier ordre, nous avons trouvé, lors de notre première visite, le nourrisson syphilitique et la nourrice déjà infectée par ce nourrisson.

Que faire alors, au point de vue spécial qui nous occupe actuellement?

Notre conduite est toute tracée par le système que je vous développais précédemment, et se réduit à ceci : tout mettre en œuvre pour *conserver la nourrice*, pour la garder dans la famille, comme nourrice de l'enfant. De la sorte en effet — et j'ai suffisamment insisté sur ce point pour n'y plus revenir — tous les intérêts se trouvent satisfaits. La sécurité commune, notamment, est assurée. Car, restant dans sa place, la nourrice n'ira pas semer ailleurs la contagion, ni dans son ménage, ni sur d'autres nourrissons. — Au point de vue prophylactique, donc, la mesure que nous avons proposée constitue la meilleure et la plus sûre sauvegarde pour la société.

Mais que devient cette sauvegarde, si, pour une raison ou pour une autre, les choses marchent autrement, c'est-à-dire si la nourrice quitte la maison? De fait, toute garantie nous échappe dans ces conditions nouvelles, cela n'est que trop évident. Et nous voici alors presque absolument désarmés quant au but que nous poursuivons actuellement. Il nous reste bien, il est vrai, la ressource de refuser un certificat à la nourrice, de l'avertir nous-même et de la faire avertir par la famille des dangers auxquels elle s'expose, de la responsabilité qu'elle va encourir, si elle persiste quand même à chercher un autre nourrisson. Mais qu'est-ce que cela? Quelle garantie pour la société que le bon vouloir d'une nourrice, même instruite du mal qu'elle peut faire?

Heureusement, dans l'espèce, le danger est diminué par la situation même que se crée d'habitude la nourrice. Et, en effet, si elle quitte son nourrisson, c'est le plus souvent pour intenter un procès. Or, le fait même et les circonstances de ce procès, la publicité, la notoriété, sont autant d'obstacles, d'empêchements pour elle à trouver une autre place. Comment serait-elle accueillie devant un tribunal, s'il pouvait être articulé contre elle qu'elle a pris un second nourrisson, au risque de communiquer à celui-ci le mal qu'elle a reçu du premier?

2° Second ordre de cas. — La situation ici devient toute différente, et ce second ordre de cas comporte un point tout spécial, encore peu connu, qu'il est très-essentiel de mettre en lumière.

Lors de notre visite, nous trouvons, d'une part, l'enfant syphilitique, et, d'autre part, la nourrice saine, absolument saine, ne présentant pas le moindre symptôme de syphilis.

Quelle conduite tenir? Bien entendu, notre premier soin sera de suspendre l'allaitement; nul embarras à ce sujet. Mais la nourrice, qu'allons-nous en faire?

(1) Suite. — Voir les nos des 5, 19, 31 mai, 26 juin, 7, 30 août, 4, 22 septembre, 6, 16 et 27 octobre.

Au premier abord, chacun répondra : Rien de plus simple. Puisque cette nourrice est saine, et puisque nous ne pouvons la garder comme nourrice de l'enfant, nous n'avons qu'à la congédier. Cela va de soi.

Eh bien, c'est là l'erreur, Messieurs, c'est là précisément le danger. Congédier cette nourrice, la congédier séance tenante parce que nous n'en avons plus besoin, serait une faute, une faute grave contre l'art et la prophylaxie publique, une faute que les médecins d'un autre âge pouvaient bien commettre en toute conscience, mais qui ne serait plus pardonnable aujourd'hui.

Et comment cela? Pourquoi cela?

Parce que cette nourrice que nous trouvons saine, absolument saine aujourd'hui, est peut-être une nourrice en puissance de syphilis.

Veuillez vous rappeler ce que je vous ai dit, dans l'une de nos premières conférences de cette année, au sujet de l'*incubation* de la syphilis acquise. La syphilis incube toujours, et incube même assez longuement. Qu'un homme, par exemple, s'expose aujourd'hui à contracter la syphilis, et la contracte en réalité; trois semaines, quatre semaines s'écouleront d'habitude avant que le moindre symptôme morbide se manifeste sur lui. Examinez-le à loisir pendant tout ce laps de temps, vous ne découvririez rien chez lui, et vous pourriez le croire, comme il se croit lui-même, à l'abri de tout accident. Et cependant cet homme est bel et bien syphilitique de par la contagion qu'il aura gagnée aujourd'hui. La preuve, c'est qu'après ces trois ou quatre semaines, vous verrez éclore chez lui le symptôme exordial de la diathèse, à savoir : le chancre.

Or, appliquez ceci à la nourrice. Elle aussi, après avoir contracté la syphilis de son nourrisson, reste saine d'apparence pendant un certain temps, qu'en moyenne nous pouvons évaluer à trois ou quatre semaines. Chez elle aussi la syphilis incube, comme chez le sujet dont nous parlions à l'instant.

Donc, alors que nous sommes appelés à examiner pour la première ou les premières fois une nourrice allaitant un enfant syphilitique, il est possible que nos visites tombent précisément dans cette période d'incubation. Il y a même, par la force des choses, de nombreuses chances pour cela. Conséquemment, il est possible que nous trouvions saine, absolument saine, cette nourrice tout d'abord, alors que demain, dans huit jours, dans quinze jours ou trois semaines, nous aurons à la déclarer syphilitique.

De cela jugez les conséquences. Qu'arriverait-il, ou que pourrait-il arriver, si dès notre première visite nous délivrions patente nette à cette nourrice, si nous avions l'imprudence de la congédier, en lui permettant de faire ce qu'elle ne manquera pas de faire, c'est-à-dire d'aller prendre un autre nourrisson?

Ce qui arriverait ou pourrait arriver, c'est que cette nourrice fût reçue dans une autre famille; — que là, après un certain temps, elle commençât à présenter les premiers symptômes de l'infection sous forme d'un chancre mammaire; — et qu'elle transmît, grâce à ce chancre, la syphilis à son nouveau nourrisson.

Voilà le danger.

Or, ce danger n'est-il que théorique, comme on me l'a objecté plusieurs fois? N'est-ce là qu'une vue de l'esprit, qu'une conception imaginaire inventée dans les loisirs du cabinet? Gardez-vous de le croire, Messieurs, et, pour fixer vos convictions à ce sujet, veuillez écouter ce qui va suivre :

1° D'abord, il existe déjà dans la science de très-nombreuses observations établissant de la façon la plus péremptoire ce fait primordial, dont tout dépend dans l'espèce, à savoir : que le *chancre* (c'est-à-dire le premier symptôme d'infection) *peut n'apparaître chez la nourrice qu'un temps plus ou moins long après la cessation de l'allaitement.*

Ainsi, une nourrice cesse d'allaiter un enfant syphilitique, pour une raison ou pour une autre, peu importe. Au delà, cette nourrice reste saine un certain temps. Puis elle voit apparaître sur son sein (et cela sans contact nouveau, sans contagion nouvelle) un petit bouton érosif, lequel se développe peu à peu, constitue un

chancre, s'accompagne d'adénopathie axillaire, et devient le point de départ d'une syphilis constitutionnelle. Voilà, Messieurs, un fait possible et même, je vous le répète, un fait déjà observé nombre de fois en pratique.

Or, quel a été, dans les cas de ce genre, l'espace de temps intermédiaire entre le dernier contact du nourrisson avec le sein et la première éclosion du chancre? Ce temps a varié, dans les observations dont nous disposons actuellement, de 3 à 8, 10, 15 jours, voire jusqu'à 3 semaines et un mois.

Donc, pendant tout ce temps, un médecin appelé à examiner la nourrice eût pu la juger *saine*. Et n'était la notion des antécédents, c'est-à-dire des circonstances spéciales antérieures à son examen, ce médecin eût été autorisé à déclarer ladite nourrice absolument propre à allaiter un nourrisson.

Il y a plus, cela même s'est produit, loin d'être une situation imaginée à plaisir Exemple :

Une nourrice allaitait un enfant syphilitique, lequel vint à succomber. Aussitôt après la mort de l'enfant, cette femme se met en quête d'un autre nourrisson. Elle s'adresse à un bureau de Lyon, *dont le médecin l'examine*. On la trouve absolument saine, et on lui confie alors, *sur le certificat du médecin*, un second enfant. Bientôt, cependant, la syphilis éclôt sur elle et se transmet au nourrisson.

Ainsi, sachons bien cela : une femme destinée à devenir contagieuse dans quelques jours ou quelques semaines, peut, aujourd'hui, se présenter comme nourrice dans une famille avec les apparences d'une santé parfaite; — et, de plus, cette femme, examinée aujourd'hui le plus soigneusement et le plus complétement possible par un médecin, sera par lui déclarée saine, absolument saine. La notion des circonstances antécédentes pourrait *seule* rendre cette nourrice suspecte. Mais ces antécédents seront-ils toujours connus ou même possibles à connaître? Que fait-on d'ailleurs, je le demande, en pratique courante? Une nourrice étant donnée, alors que cette nourrice a été reconnue saine par une constatation médicale, est-il d'usage d'aller plus loin? Est-il habituel qu'on établisse une enquête — j'entends une enquête suffisante — sur la santé du dernier enfant allaité par cette nourrice? Non, cent fois non, j'en appelle aux praticiens qui m'écoutent. Une telle précaution cependant serait loin, vous le voyez, d'être superflue.

(La fin à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ, par Th. Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc. Un volume in-8° de XLIV-635 pages, avec 25 figures intercalées dans le texte. Paris, 1877; J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

(Suite. — Voir l'Union Médicale du 6 novembre.)

Dans les leçons qui suivent, M. Gallard traite de l'*ulcère simple de l'estomac*, maladie qui, avant les belles recherches de Cruveilhier, était à peu près inconnue en France, et presque toujours confondue avec le cancer de l'estomac, quoiqu'elle eût été parfaitement décrite en Angleterre par Baillie.

Mettant à profit tous les travaux connus, analysant toutes les observations publiées dans les divers recueils scientifiques et les complétant par de nombreux faits qui lui sont personnels, M. Gallard a étudié avec un soin méticuleux tout ce qui se rapporte à l'anatomie pathologique, à l'étiologie, au diagnostic, et surtout au traitement de cette affection si grave, mais cependant curable.

Parmi les faits nouveaux qui constituent en quelque sorte la contribution personnelle de M. Gallard, ou son apport scientifique à l'histoire pathologique de l'*ulcère simple de l'estomac*, nous devons citer : En anatomie pathologique, la description que nul autre observateur n'avait faite avant lui des petits anévrysmes miliaires et celle de la gangrène d'origine diabétique de la membrane muqueuse de l'estomac; en étiologie, l'influence du sulfate de quinine sur la production de l'ulcère stomacal; influence dont il était d'autant plus important de démontrer la réalité que l'on a fait figurer l'intoxication palustre au nombre des causes efficientes de la maladie; en thérapeutique, l'institution méthodique et régulière d'un traitement

rigoureux, dont toutes les règles sont tracées avec un soin tout particulier qui témoigne de l'attention que l'auteur accorde à si juste titre au traitement de ses malades, cette partie si essentielle et malheureusement si souvent négligée de la clinique. Ce chapitre sur le traitement a été l'objet de nombreuses appréciations fort élogieuses, surtout de la part du *Journal de thérapeutique* de Gubler.

Avant de passer à l'étude de l'*hépatite et des abcès du foie*, dont il a donné une monographie aussi étendue et aussi complète que celle de l'ulcère simple de l'estomac, M. Gallard a consacré un chapitre au *rétrécissement de l'œsophage*; il en indique le mode de production, les symptômes caractéristiques et le diagnostic; puis, passant rapidement sur le rétrécissement cancéreux, il s'arrête surtout sur celui qui est dû à la rétraction de cicatrices qui reconnaissent le plus souvent pour cause l'ingestion d'un liquide caustique. Il fait voir comment ces cicatrices allant toujours en se rétractant d'après la loi de physiologie pathologique si bien formulée par Gerdy, elles doivent, en fin de compte, arriver à déterminer l'oblitération complète du conduit, si l'on n'a soin de s'opposer à leur rétraction incessante par des cathétérismes convenablement pratiqués. Lorsque la coarctation est telle qu'elle ne puisse plus être franchie par l'introduction d'une sonde, la mort par inanition devient la conséquence nécessaire et forcée de cette oblitération infranchissable du conduit œsophagien. M. Gallard a signalé dès 1865 la nécessité qui s'impose au praticien de tout entreprendre pour conjurer cette terminaison inévitable, et malgré l'insuccès des opérations tentées jusqu'alors pour alimenter les malades au moyen d'une ouverture artificielle pratiquée à l'estomac, il a insisté sur l'utilité de cette opération en indiquant les précautions à prendre et le manuel opératoire qu'il conviendrait de suivre pour rendre réellement efficace cette opération de *gastrostomie* que M. Sédillot avait vainement tenté de vulgariser. Cette opération compte maintenant deux succès remarquables dus aux deux chirurgiens actuels de l'hôpital de la Pitié, M. Léon Labbé et M. Verneuil, qui, en adoptant une manière d'opérer plus rapide que celle à laquelle avait songé M. Gallard, ont pensé comme lui qu'il convenait d'oser, et sont ainsi parvenus à réaliser les prévisions de leur collègue qui, dès 1869, entrevoyait le moment où, grâce à une intervention chirurgicale sage et hardie à la fois, « le rétrécissement de l'œsophage, maladie à peu « près forcément mortelle, pourrait être transformé en une simple infirmité parfaitement com-« patible avec le bon entretien de la vie. »

Pour tracer l'histoire de l'*hépatite* et des *abcès du foie*, M. Gallard a eu soin, comme il l'a fait lorsqu'il a écrit sa monographie de l'ulcère de l'estomac, de s'entourer de tous les documents possibles. Il a compulsé tous les ouvrages écrits sur la matière ; il a analysé toutes les observations éparses dans les divers recueils scientifiques ; aussi les faits et les citations abondent-ils dans son travail. A l'appui de chaque assertion, les exemples fourmillent, empruntés à des sources certaines, dont les indications bibliographiques permettent de vérifier l'exactitude. Tout en reconnaissant l'influence que le séjour dans les pays chauds exerce sur le développement des inflammations du foie, l'auteur tient à établir, et il le fait en produisant des observatious recueillies tant par lui que par d'autres praticiens de Paris ; il tient à établir que ces maladies sont loin d'être aussi rares dans nos climats qu'on serait tenté de le croire. La façon dont agit la dysenterie en particulier pour donner lieu à la formation des abcès hépatiques, explique très-bien comment les habitants de nos climats en peuvent être atteints, non pas aussi souvent, mais tout aussi bien que les habitants des pays chauds.

Pour expliquer le mécanisme de la production des abcès du foie chez les dysentériques, M. Gallard s'est rallié à l'opinion qui fait jouer un rôle prépondérant au transport de la matière septique par le système veineux de la veine porte, et plus particulièrement à la phlébite; et il a rattaché à la même cause organique les abcès hépatiques qui surviennent chez les individus affectés d'hémorrhoïdes qui s'enflamment, ou chez ceux qui présentent une ulcération quelconque de la muqueuse intestinale, fût-ce même une ulcération typhoïde, comme on en voit quelques exemples. Il établit cependant une différence capitale, comme siége et surtout comme généralisation de la lésion pathologique, entre ces abcès qui siégent dans le parenchyme hépatique lui-même et ceux de la pyléphlébite, qui s'étendent dans tous les vaisseaux de la veine porte, dont le tronc a été primitivement enflammé. Enfin, il admet comme une troisième espèce d'abcès pouvant être confondus avec ceux des deux espèces précédentes, ceux qui sont dus à la suppuration des canaux hépatiques par suite d'accumulation dans ces canaux de calculs biliaires qui viennent à les obstruer.

L'anatomie pathologique de ces abcès est étudiée avec le plus grand soin. L'auteur nous montre comment ils se comportent, soit qu'ils demeurent stationnaires et à l'état latent au milieu du parenchyme hépatique, soit qu'ils s'accroissent et tendent à s'ouvrir une voie vers l'extérieur. Nous les voyons s'ouvrir dans tous les organes creux qui les environnent, l'estomac, le duodénum, le gros ou le petit intestin, évitant souvent le péritoine, grâce aux adhérences que le travail inflammatoire établit au devant d'eux, faisant parfois irruption dans la

cavité séreuse, si ces adhérences n'ont pas été assez promptes à se produire. D'autres fois, leur migration les entraîne plus loin, les uns gagnent le tissu cellulaire péri-néphrétique ou même le cœur; les autres perforent le diaphragme, gagnent la plèvre, la traversent quelquefois sans s'épancher dans sa cavité, et s'ouvrent à travers le poumon jusque dans les bronches. D'autres, enfin, vont jusque dans le péricarde, ou s'ouvrent dans la veine cave inférieure. Enfin, ceux qui ont la marche la plus favorable se font jour directement à l'extérieur, après avoir perforé la paroi abdominale et la peau.

C'est à imiter cette issue favorable par une action chirurgicale que l'art doit mettre tous ses soins, car jusqu'ici le traitement médical proprement dit a toujours été parfaitement inefficace. Très-convaincu de cette vérité, M. Gallard ne s'adresse qu'aux moyens chirurgicaux, et, généralisant leur action, il consacre un chapitre spécial au traitement, non pas seulement des abcès du foie, mais de toutes les collections hépatiques, rapprochant ainsi les kystes, et particulièrement les kystes hydatiques, des abcès qui donnent lieu aux mêmes indications thérapeutiques. Tous les procédés opératoires employés pour vider les kystes ou les abcès du foie sont tour à tour exposés et jugés d'après les résultats qu'ils ont produits. L'auteur trouve la méthode de Récamier trop lente; il cite un fait dans lequel les adhérences qu'elle a produites étaient insuffisantes; il signale les dangers de la ponction simplement exploratrice, et il trouve que, dans bien des cas, la ponction capillaire, même aidée par le jeu des instruments aspirateurs, peut et doit être insuffisante; aussi s'arrête-t-il à un procédé qui lui paraît réunir tous les avantages, et qui est celui de Jobert. Voici en quoi consiste ce procédé : la ponction est faite avec un trocart ordinaire d'assez gros volume; en général, le liquide sort complétement et sans la moindre difficulté, mais on peut, si cela est nécessaire, faciliter son issue en pratiquant l'aspiration. Cela fait, on laisse la canule du trocart en place pendant plusieurs jours; cela suffit pour que des adhérences s'établissent entre les parois du kyste ou de l'abcès et la paroi abdominale, de telle sorte que, plus tard, des injections ou des lavages puissent être pratiqués dans la cavité morbide, sans qu'il y ait le moindre danger de pénétration dans le péritoine. M. Gallard a rapporté de remarquables exemples de guérisons rapides et durables qu'il a obtenues en employant cette méthode de traitement. On reconnaît, du reste, dans la façon dont il expose ce traitement, le praticien ingénieux, sagace, prompt à saisir les indications, habile autant que résolu dans l'emploi des moyens thérapeutiques.

(*A suivre.*) A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1877. — Présidence de M. PANAS.

M. Lucas-Championnière présente, au nom de M. le docteur Vedrène, candidat au titre de membre correspondant, trois observations de plaies pénétrantes de poitrine par armes blanches. (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Lucas-Championnière et Verneuil.)

M. Nicaise présente une tumeur fibreuse des parois abdominales qu'il a enlevée le matin même chez une femme de 43 ans. Cette femme a toujours joui d'une bonne santé; elle a eu six enfants et a toujours été bien réglée. Elle fait remonter le début de sa tumeur à quatre années; à ce moment, elle formait une petite saillie au-dessus de la crête iliaque, puis elle s'est développée progressivement et présentait, il y a un an, le volume du poing. Dans ces deux derniers mois, elle a acquis très-rapidement un volume considérable; elle pèse 5 livres. La peau qui la recouvrait était ulcérée en un point. Elle offrait une certaine mobilité, cependant on reconnaissait qu'elle était fixe dans l'épaisseur des parois abdominales. Elle formait un appendice énorme sur le flanc gauche, et on sentait qu'elle faisait saillie dans la cavité abdominale. Au toucher, elle était dure, élastique dans la plus grande partie de son étendue, ramollie et même fluctuante en certains points, mais il était aisé de reconnaître qu'en ces points la tumeur était en voie de dégénérescence graisseuse.

L'ablation en a été faite ce matin; l'opération n'a pas présenté de sérieuses difficultés; il a fallu seulement pratiquer une dissection très-attentive et très-minutieuse. M. Nicaise avait eu soin de s'entourer de toutes les précautions auxquelles on a recours pour l'ovariotomie, mais ces précautions lui ont été heureusement inutiles. En effet, il n'a même pas vu le péritoine et n'a pas été obligé d'aller jusqu'aux os. Dans le cours de l'opération, il a pu voir que la tumeur adhérait intimement aux aponévroses du petit oblique et du transverse, ce qui vient à l'appui de cette opinion récemment exprimée par M. Guyon, que ces suites de tumeurs peuvent avoir pour point de départ les aponévroses et non le périoste. M. Nicaise se propose d'ailleurs de

revenir ultérieurement sur ce sujet, quand il donnera plus tard l'observation complète de sa malade. Comme pansement, il a fait la suture à anses métalliques, en laissant un orifice médian dans lequel il a introduit deux tubes à drainage ; il a recouvert la plaie d'une couche épaisse de collodion et appliqué un bandage ouaté.

M. Gillette, d'après l'examen macroscopique, considère cette tumeur comme fibro-graisseuse ; c'est, suivant lui, un lipome. Les fibromes, dit-il, sont rares dans cette région ; ils prennent généralement naissance dans la cavité abdominale et traversent les muscles. M. Gillette félicite M. Nicaise d'avoir pu disséquer cette tumeur sans ouvrir le péritoine. Il se rappelle avoir vu M. Labbé pratiquer une opération analogue il y a deux ans ; à la fin de l'opération, par suite d'un mouvement intempestif de la malade, il fut fait une boutonnière au péritoine qui s'agrandit et laissa échapper une anse intestinale ; on eut beau réduire et faire aussitôt la suture, la malade succomba, après quelques heures, à une péritonite suraiguë.

M. Desprès ne veut pas laisser passer ce que vient de dire M. Gillette, sans faire observer qu'il y a des tumeurs fibreuses des parois et des tumeurs fibreuses du bassin ; il ne faut pas confondre ces deux espèces différentes ; les fibromes sous-cutanés, en effet, n'ayant aucune connexion avec les parties profondes, sont absolument bénins ; M. Denonvilliers en a rapporté un exemple, mais il y a aussi des fibromes qui prennent naissance dans la fosse iliaque, comme l'a démontré M. Chassaignac, et qui sont d'une réelle gravité.

M. Lannelongue était interne de M. Denonvillers à l'époque où il opéra la tumeur dont vient de parler M. Desprès ; il s'agissait d'un véritable fibrome contenu dans l'intérieur même du canal inguinal, chez un homme de 52 ans environ.

M. Terrier a vu M. Chassaignac opérer un fibrome des parois qui n'intéressait en aucune façon le péritoine, et le malade n'en a pas moins succombé à une péritonite suraiguë. Il n'est donc pas exact de dire que ces tumeurs sont bénignes lorsqu'elles n'intéressent pas le péritoine.

M. Gillette se défend d'avoir exprimé une semblable opinion ; il a seulement dit que ces tumeurs sont plus dangereuses lorsque le péritoine est intéressé.

M. Tillaux croit que M. Desprès commet une erreur quand il regarde les tumeurs dont il a parlé comme étant sous-cutanées. La tumeur opérée par M. Denonvilliers, par exemple, était bien sous-péritonéale, c'est-à-dire développée à la face externe du péritoine. Celle de M. Nicaise lui semble être du même genre.

A cette occasion, M. Tillaux rappelle qu'il a présenté à la Société un fibrome du bassin qui s'était développé dans la concavité du sacrum ; il est heureux de pouvoir annoncer que le malade qui portait cette tumeur est aujourd'hui complétement guéri.

M. Le Dentu croit que toutes les variétés de tumeurs peuvent se développer dans toutes les diverses parties de la région. Il a eu l'occasion d'en rencontrer une qui s'était développée entre le grand et le petit oblique.

M. Polaillon ajoute qu'il y en a une qui a son point de départ dans le périoste.

M. Nicaise fait observer à M. Gillette qu'il s'agit, dans le cas qu'il vient de rapporter, d'un fibrome intra-pariétal et non d'un lipome.

— M. Marchand, candidat au titre de membre titulaire, donne lecture d'une observation de polype naso-pharyngien opéré avec succès par la voie nasale. (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Tillaux, Horteloup et Cruveilhier.)

— M. de Saint-Germain, au nom de M. Heurtaux (de Nantes), membre correspondant, lit une observation de chondrome des fosses nasales.

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, sans antécédents pathologiques, qui, il y a cinq ans, a vu apparaître, en même temps qu'une petite tumeur à l'angle interne de l'œil gauche, un gonflement de l'apophyse montante du maxillaire du même côté. Peu à peu, la narine gauche s'est complétement obstruée, l'œil du même côté présenta bientôt un certain degré d'exorbitis, et la vue s'y affaiblit notablement. La voûte palatine se déforma et se perfora même en un point. Malgré ces désordres, la santé restait excellente, la malade ne souffrait nullement, et n'eut jamais la plus petite hémorrhagie.

Au moment où elle entra à l'hôpital de Nantes, elle présentait un notable élargissement de la peau, un exorbitis très-prononcé ; la bouche était toujours entr'ouverte ; la voix était gutturale ; le nez était élargi et affaissé. Sur le côté gauche de la face, au niveau de la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, se voyait une saillie arrondie. L'œil gauche se déplaçait de plus en plus en haut et en avant ; il y avait un léger degré de strabisme divergent ; la vue de cet œil était extrêmement affaiblie.

Dans la narine gauche on apercevait une masse rougeâtre, arrondie, rejetant la cloison vers la droite ; une sonde de trousse ne peut s'insinuer entre cette masse ni aucune des parois. Les deux fosses nasales sont absolument imperméables à l'air.

Du côté de la bouche, la voûte palatine est abaissée et présente une petite perforation à

contours arrondis, de laquelle sort un liquide muco-purulent; les os, dans le voisinage de cette perforation, sont manifestement amincis; le voile est refoulé en bas; les dents sont intactes. L'antre d'Highmore n'est nullement distendu par la tumeur.

Dans le pharynx on sent, au toucher, une tumeur arrondie, lisse, dure, immobile et volumineuse. Mais cette tumeur n'est pas douloureuse; elle ne donne lieu à aucune perte de sang, et il n'y a pas d'engorgement des glandes du voisinage.

Cette tumeur ne pouvait être un cancer; le sexe de la malade faisait exclure l'idée d'un polype naso-pharyngien. Ce ne pouvait donc être qu'un chondrome ou un ostéome. Une aiguille à acupuncture s'enfonçant facilement dans la tumeur, M. Heurtaux s'arrêta au diagnostic de chondrome des fosses nasales. Il était indiqué d'en débarrasser la malade.

L'opération fut faite par la voie nasale. Une incision curviligne, suivant le sillon naso-génien, contournant la racine du nez, s'enfonçant profondément jusqu'aux os, permit de déjeter le nez sur le côté droit de la face et de mettre à nu la face antérieure de la tumeur. L'ablation d'une partie de la paroi antérieure du sinus maxillaire permit d'arriver plus facilement à passer une chaîne d'écraseur derrière la tumeur, à l'aide de deux fils conduits l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur par des sondes de Belloc. Mais la tumeur adhérant intimement aux parois du pharynx, il fallut en ruginer une partie à l'aide d'une gouge courbe. L'antre d'Highmore était effacé sans être envahi. La tumeur pesait 135 grammes.

L'opération fut longue et laborieuse, mais s'acheva sans accidents; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les points d'implantation de la tumeur furent cautérisés avec le thermo-cautère. La réunion fut faite avec des fils d'argent.

Le malade, peu de temps après, vomit une certaine quantité de sang avalé pendant l'opération. Les suites furent des plus simples; les fils furent retirés le dixième jour. La guérison fut complète.

Examinée à l'œil nu, cette tumeur offrait tous les caractères du chondrome pur. M. Malherbe fils en fit l'examen histologique, qui montra qu'elle était recouverte par une muqueuse épaisse et que son tissu propre était constitué par du cartilage hyalin, du fibro-cartilage, par de grandes cellules à prolongements anastomosés et par des lames conjonctives contenant des globules sanguins.

Cette observation présente un double intérêt, au point de vue de la nature de la tumeur et du procédé opératoire employé.

La tumeur est, en effet, un type de chondrome pur; or, le chondrome est rare au maxillaire supérieur surtout, développé en dehors du sinus.

Le procédé opératoire, qui n'est autre que celui de Bœckel, a permis de s'ouvrir une voie suffisamment large en ménageant autant que possible le squelette de la face.

Il y a huit mois que cette opération a été pratiquée, et la guérison s'est maintenue sans qu'il y ait la moindre menace de récidive.

— La Société procède à l'élection de cinq membres pour le prix Laborie.

Sont élus, après deux tours de scrutin, MM. Duplay, Tillaux, Horteloup, Polaillon, Blot.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

SIROP CONTRE LE LUPUS. — THIRY.

Huile de foie de morue.	50 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	50 —
Sirop de quinquina.	30 —
Tannate de fer.	1 —
Essence d'anis et de fleurs d'oranger . .	q. s.

F. s. a. un mélange, dont on donnera trois cuillerées à bouche par jour, aux personnes atteintes de lupus de la face. — Attouchements répétés avec le nitrate acide de mercure. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 13 NOVEMBRE 1545.

Michel Du Monceau prête le serment de médecin juré de la Conciergerie de Paris. Il était docteur de la Faculté de Paris (1516), doyen (1521-1522), et mourut le 24 juin 1548, laissant, de sa femme Catherine Malingre, deux filles qui contractèrent de riches alliances. — A. CH.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — *Affaire des cours complémentaires.* — Nous croyons que la *Gazette hebdomadaire* a été mal informée en annonçant que, par une lettre du ministre de l'instruction publique, le doyen de la Faculté avait été prévenu que l'exécution des arrêtés relatifs aux cours complémentaires était suspendue.

Nos renseignements, sur ce point, sont loin d'être concordants. Le doyen de la Faculté n'a reçu aucune lettre du ministre, mais il a reçu communication d'une sorte de mémoire adressé au vice-recteur de l'Académie de Paris, et dans lequel la protestation de la Faculté contre les arrêtés des 10 et 11 octobre dernier, protestation rédigée par M. le professeur Le Fort, se trouve contestée de point en point. M. le ministre terminait sa note en invitant M. le vice-recteur à faire exécuter purement et simplement les susdits arrêtés.

Cette communication faite en assemblée de la Faculté, y a suscité, comme on le pense, une vive agitation à laquelle M. le doyen a mis fin en levant la séance, et en déclarant qu'il ne restait plus qu'une chose à faire : se soumettre.

— L'*Association médicale britannique*, dans une réunion qui a eu lieu mercredi dernier, 7 novembre, à Londres, a nommé une commission chargée d'organiser tout un ensemble d'investigations sur les causes, la pathologie et le traitement de la rage et de l'hydrophobie. Une somme de 100 liv. sterl. (2,500 fr.) est destinée à couvrir les dépenses de cette grande enquête, qui sera, dit le *British medical Journal*, divisée en plusieurs sections.

La première aura pour objet de porter ses investigations sur les lieux et l'ordre de succession des décès causés par hydrophobie en Angleterre pendant ces dernières années; ce travail servira de base à une histoire des différentes épidémies locales ; on aura recours, pour cette étude, au Corps médical, aux officiers de santé et aux vétérinaires qui auraient connaissance de faits relatifs à ces épidémies.

En même temps et dans la seconde section, la pathologie de la rage sera étudiée, à l'aide du microscope et de la chimie, par des physiologistes et des savants éminents. Des documents et des objets propres à l'observation seront demandés aux personnes chargées de faire les autopsies dans les cas de décès par suite d'hydrophbie. Des instructions spéciales seront données sur les meilleurs moyens de conservation pour l'examen au microscope des différentes parties du système nerveux et des organes salivaires dont l'étude peut, suivant les probabilités, donner le plus de résultats.

Enfin, la recherche des méthodes de traitement qui ont semblé offrir le plus de chances de succès, et l'étude de l'action des remèdes auxquels on a attribué de l'efficacité, formeront le sujet de la troisième section de l'enquête.

Société des médecins des Bureaux de bienfaisance. — La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 novembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Élection d'un membre associé libre étranger ; — 2° Offre des élèves de l'École des gardes-malades de concourir au traitement des indigents à domicile ; — 3° M. Delasiauve : Du double caractère des phénomènes physiques en aliénation mentale ; — 4° M. Commenge : Tumeur fibreuse volumineuse de l'utérus ; accidents de métro-péritonite consécutifs au toucher vaginal ; mort ; — 5° M. Ch. Hardy : Tumeur à myéloplaxe du maxillaire supérieur opérée et guérie ; présentation du malade ; — 6° Constitution médicale du mois d'octobre ; — Polyclinique.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — La Société de médecine publique tiendra sa séance mensuelle, le mercredi 14 novembre, dans son local, rue de l'Abbaye, n° 3 (salle de la Société de chirurgie), à 8 heures du soir.

Ordre du jour : Discussion des communications faites dans les séances précédentes par MM. Gubler, Vallin, Fieuzal, Léon Colin, Pinard, Napias.

Communications : 1° M. Coudereau : L'hygiène alimentaire de la première enfance ; — 2° M. Laborde : L'isolement des malades dans les hôpitaux ; — 3° M. Dally : De l'hygiène scolaire au point de vue de l'éducation physique.

Élections de membres titulaires et correspondants nationaux.

Thérapeutique oculaire. — M. le docteur de Wecker fera, à partir du jeudi 15 novembre, à sa maison de santé, 55, rue du Cherche-Midi, une série de leçons sur la thérapeutique oculaire qui auront lieu les lundis et jeudis, de deux à trois heures.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il paraît que l'Académie se prépare pour la solennité d'une séance annuelle, car hier a commencé la présentation de rapports sur les prix. Cette ouverture n'a pas été heureuse, car les deux rapports présentés ont conclu à la non-délivrance du prix Amussat et du prix Rufz de Lavison.

M. Lancereaux, qui fait preuve de beaucoup de zèle et de travail, a lu un mémoire intéressant et neuf sur les rapports des altérations du pancréas avec la production du diabète sucré. Deux observations qui lui sont personnelles, jointes à quelques faits épars dans les auteurs, lui ont permis d'appeler désormais l'attention des pathologistes sur ce point d'anatomie pathologique.

Une douzaine et plus de remèdes secrets et nouveaux sont tombés sous le couteau du grand sacrificateur de la commission, M. Personne.

M. Riche, candidat dans la section de pharmacie, a lu un mémoire sur le dosage de petites quantités de manganèse et sur la recherche de ce métal dans le sang.

M. Decaisne, en son nom et au nom de M. le professeur de Pettenkofer (de Munich), a terminé la séance par la lecture d'une étude sur la théorie tellurique du choléra asiatique. Le lecteur trouvera un résumé de ce travail au compte rendu.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

Hôpital de la Charité. — M. le professeur GOSSELIN.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES DIVERSES VARIÉTÉS D'ARTHRITES

Suite et fin. — (Voir les numéros des 1er et 8 novembre.)

Arrivons maintenant à nos deux derniers malades. Chez eux, comme chez les précédents, le diagnostic anatomique et étiologique, c'est-à-dire cette partie du diagnostic qui repose sur l'état de la synoviale, a présenté quelques incertitudes au début; mais celles-ci ont été diminuant de jour en jour, et actuellement nous pouvons considérer le diagnostic comme complétement établi.

Le premier, celui du n° 9 de la salle Sainte-Vierge, est entré, le 8 février, dans le service, avec une maladie du genou qui m'a paru être une tumeur blanche, mais qui, pendant quelques jours, m'a laissé dans l'esprit beaucoup d'hésitations. C'est un homme de 47 ans; il avait déjà eu un rhumatisme dans les deux genoux il y a dix-sept ans, quand dix ans plus tard, après une chute sur le genou droit, il a vu survenir un peu d'enflure, qui a laissé après elle une certaine gêne continuelle de la marche. Nous pourrions donc considérer ce malade comme offrant un exemple d'une de ces arthrites traumatiques qui passent à l'état chronique, chez un rhumatisant, parce qu'à la cause rhumatisme vient s'ajouter une lésion traumatique.

Les choses étaient dans cet état depuis quelques années, quand, il y a sept ou huit mois, le genou commença à devenir un peu plus douloureux et à se gonfler. Enfin, il y a cinq ou six semaines, sans cause apparente, sans traumatisme, sans coup, sans entorse, l'articulation est devenue extrêmement douloureuse et beaucoup plus grosse; puis la jambe s'est fléchie sur la cuisse. C'est alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital, où il se présenta dans un état apyrétique parfait, mais avec un genou volumineux donnant à la palpation une sensation de fluctuation un peu difficile à apprécier, parce que l'articulation était fléchie à angle droit et présentait des douleurs vives spontanées et exagérées encore par la pression et par les mouvements.

Dans cet état de choses, le diagnostic était un peu incertain; il y avait des antécédents rhumatismaux et traumatiques, et des douleurs vives avec flexion du membre, phénomènes qui, sans appartenir exclusivement à l'arthrite rhumatismale et traumatique, se voient cependant un peu plus rarement dans l'arthrite fongueuse. Je

sais bien que celle-ci devient quelquefois très-douloureuse, et qu'alors elle s'accompagne d'un état de contracture des muscles qui amène la flexion, mais enfin on ne peut pas se défendre de l'impression qui résulte de l'observation du fait en général. Or, cet état très-douloureux avec flexion se voit bien plus souvent dans l'arthrite rhumatismale, simple ou blennorrhagique, et aussi dans l'arthrite traumatique, que dans l'arthrite fongueuse passée tout à coup à l'état aigu, ce qui d'ailleurs est peu fréquent, surtout chez les jeunes sujets.

Si bien que, entraîné, inspiré par les antécédents rhumatismaux, traumatiques, incontestables de cet homme, par cet état de gonflement extrêmement douloureux, quoique apyrétique, du genou avec flexion de l'articulation, tous phénomènes qui s'observent plus fréquemment dans l'arthrite rhumatismale que dans l'arthrite scrofuleuse ou fongueuse, je me suis laissé allé à dire que, malgré quelques raisons qui pussent faire croire à l'existence d'une synovite fongueuse, j'avais lieu d'espérer néanmoins que cet homme n'avait qu'une inflammation articulaire d'origine rhumatismale, dont il guérirait plus vite et mieux que s'il s'agissait d'une arthrite fongueuse. Je me proposais d'ailleurs d'examiner plus complétement les choses quand le genou aurait été redressé.

En effet, l'indication capitale dans les maladies du genou, c'est, ainsi que l'a déclaré Bonnet, de Lyon, de substituer une bonne à une mauvaise position. Or, dans les cas de ce genre, c'est une mauvaise position que la flexion : d'abord l'inflammation tend à se prolonger plus longtemps quand le genou est fléchi que lorsqu'il est étendu; puis, en vertu de la tendance qu'ont les cartilages diarthrodiaux à disparaître après une maladie prolongée, et en vertu de l'ankylose qui succède à la destruction de ces cartilages, les malades sont exposés à avoir une ankylose angulaire, infirmité bien plus incommode pour eux que lorsque la soudure a lieu le membre étant dans l'extension.

J'ai donc pratiqué le redressement, le malade étant endormi. En effet, je n'ai pas souvent l'habitude, pour ces sortes d'opérations, d'employer le redressement mécanique; d'abord les appareils ne sont pas toujours tolérés par les malades, puis ils peuvent donner lieu à des eschares, ils font énormément souffrir; enfin ils ne donnent pas toujours un redressement parfait. Pour ces raisons, je préfère à cette méthode le redressement brusque qui donne dans une seule séance le résultat complet ou incomplet auquel on doit arriver. D'ailleurs, chez cet homme, la flexion ne datait que de quelques semaines, et rien ne s'opposait à l'emploi du procédé que nous nous proposions de pratiquer.

Vous m'objecterez, il est vrai, que le redressement brusque, en tiraillant des tissus déjà malades, est susceptible d'exposer ceux-ci à des déchirures ou d'amener dans la synoviale une recrudescence de l'état inflammatoire dont le passage à la suppuration peut être la conséquence. Mais si, théoriquement, cette objection a quelque valeur, l'expérience m'a démontré qu'il n'en était plus de même en pratique, et il m'est fréquemment arrivé de redresser brusquement des genoux ainsi fléchis, sans que j'aie jamais vu l'inflammation s'accroître ni la suppuration s'ensuivre. Toutefois, je ne vous dissimulerai pas que j'ai eu quelques craintes à cet égard chez ce malade. Nous avons vu, en effet, après le redressement, les douleurs devenir plus vives, et un état fébrile, assez léger d'ailleurs, se manifester; aussi me suis-je demandé si la suppuration n'était pas déjà commencée quand j'ai fait le redressement. Mais mes doutes disparurent bientôt en pensant que nous étions en présence d'un rhumatisant, et qu'il est très-rare, dans ces conditions, de voir la suppuration se produire.

Quoi qu'il en soit, la réduction du genou une fois opérée, j'ai pu constater qu'il existait énormément de liquide dans l'articulation, et la connaissance de ce signe a encore contribué à me faire pencher davantage vers l'idée d'une arthrite rhumatismale.

En somme, il y avait donc, chez ce malade, avec des signes d'arthrite fongueuse, quelques-uns des caractères qui sont propres à l'arthrite rhumatismale. Or, c'est précisément cette variété de maladies articulaires qui est la plus difficile à cons-

tater, et bien souvent vous considérerez comme affectés d'hydarthrose des gens qui, en réalité, auront une tumeur blanche.

Mais si, malgré la concomitance de ces caractères de synovite fongueuse avec un épanchement considérable de liquide dans l'articulation, en raison de l'abondance de ce dernier signe et des antécédents de cet homme, nous pourrions être autorisés à diagnostiquer une arthrite rhumatismale, cette opinion ne résiste pas à l'examen, alors qu'on regarde les choses de plus près, et que l'on compare l'état de l'articulation avant le redressement avec celui qu'elle présente depuis l'opération.

Il faut reconnaître, en effet, d'abord que cet homme n'a pas une très-bonne constitution; il n'est pas, à la vérité, franchement tuberculeux, mais il est pâle, il tousse, et si l'auscultation ne nous a rien révélé à ce sujet, toujours est-il qu'il peut être à bon droit suspecté de tuberculose. De plus, il a eu, il y a plusieurs années, au niveau de l'épididyme du testicule droit, un abcès froid qui a laissé après lui un trajet fistuleux, et autour de cette fistule des indurations analogues à celles qu'entraîne l'épididymite caséeuse. En outre, depuis que nous avons pratiqué le redressement du membre, et que nous avons mis l'articulation dans des conditions favorables à la résolution de l'état d'inflammation, celle-ci ne se fait pas et l'épanchement reste toujours le même. Or, une telle persistance de la maladie, malgré l'emploi de moyens locaux, malgré le redressement complet du membre et l'immobilité; tous ces signes, dis-je, joints aux antécédents que je viens de vous signaler, sont défavorables à l'idée d'une arthrite rhumatismale.

D'autre part, ce qui s'oppose encore à cette manière de voir, c'est l'état de la synoviale, qui est épaissie dans toute son étendue; c'est la présence, au niveau de la tubérosité externe du tibia, de ce gros mamelon arrondi dont je vous ai déjà parlé, et qui, ici, est assez marqué pour nous permettre de croire à l'existence de fongosités.

De telle sorte que la réunion de tous ces signes : la présence d'une épididymite caséeuse dans le testicule droit, la persistance au même état de l'épanchement qui reste tel que nous l'avons constaté le premier jour, la continuation de la douleur, malgré le redressement et la compression, l'existence d'une saillie plus prononcée au niveau de la tubérosité externe du tibia, me font pencher vers l'opinion d'une arthrite fongueuse avec épaississement considérable de la synoviale.

En ce qui concerne le traitement, nous continuerons, pour le moment, à prescrire l'immobilité et la compression; puis, à ces moyens, nous joindrons l'application de vésicatoires et la cautérisation ponctuée. Quant à présent, aucun signe n'indiquant que cette arthrite doive devenir déformante, nous ne nous préoccuperons de cette question que quand il s'agira de savoir si nous devons permettre les mouvements pour empêcher l'ankylose, ou bien si, au contraire, nous ne devons pas la favoriser.

Chez la jeune fille du nº 20 de la salle des femmes, nous trouvons, à peu de chose près, les mêmes phénomènes que ceux que nous venons d'étudier chez le malade précédent. Quand elle est entrée à l'hôpital, il y avait plusieurs raisons pour qu'on se crût autorisé de penser à une arthrite rhumatismale. La première, c'est que cette jeune fille avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu; la seconde, c'est qu'elle avait déjà fait, il y a quatre ou cinq mois, un premier séjour à l'hôpital, et, qu'à cette époque, elle présentait dans l'articulation une quantité de liquide tellement abondante qu'elle fut considérée immédiatement par M. Delens, qui me remplaçait dans le service, comme atteinte d'hydarthrose du genou, et traitée par l'application d'un appareil inamovible, dans le but de combattre l'inflammation qui existait alors. Voilà donc déjà deux arguments en faveur d'une arthrite rhumatismale, bien que l'hydarthrose s'accompagne assez souvent de fongosités chez les jeunes sujets.

D'un autre côté, cette jeune fille rentre à l'hôpital et présente l'état suivant : elle a toujours son appareil, avec lequel elle a pu marcher pendant longtemps sans éprouver de douleurs; mais, depuis une quinzaine de jours, bien que le bandage ait été constamment maintenu, et sans cause apparente, l'articulation est devenue

extrêmement sensible. L'appareil étant enlevé, on constate que l'hydarthrose a presque complétement disparu, mais que le genou est le siége de douleurs très-vives, autre fait encore favorable à l'idée d'une arthrite rhumatismale, attendu qu'il n'est pas ordinaire, dans les cas de tumeurs blanches, que les malades souffrent à un tel point, alors que l'articulation est immobilisée.

Mais en examinant le genou et en recherchant avec attention les lésions dont il est le siége, nous constatons que la synoviale est pas mal épaissie et qu'il existe, au côté externe de l'articulation du mamelon, cette bosselure caractéristique de l'arthrite fongueuse. En outre, ce qui est défavorable pour la malade, mais ce qui vient confirmer encore notre diagnostic, c'est que cette jeune fille ne jouit pas d'une bonne santé; elle n'a pas, il est vrai, d'antécédents scrofuleux; elle n'est pas tuberculeuse non plus, mais elle est pâle, blanche, chloro-anémique, en un mot; toutes conditions qui font que je n'augure pas bien de sa constitution, et pour lesquelles je crains qu'elle soit sous le coup d'une détérioration de l'économie originelle ou acquise, favorable au développement d'une arthrite fongueuse.

Si donc j'avais à exposer ma pensée complète relativement au diagnostic de l'affection dont cette jeune fille est atteinte, je dirais : Cette malade est une rhumatisante qui a eu d'abord une arthrite hydropique rhumatismale, mais chez laquelle cette arthrite se prolongeant outre mesure, il y a actuellement tendance à la transformation de cette dernière en arthrite fongueuse, autrement dit, au passage de l'arthrite simplement congestive à cet état qui conduit à la suppuration, à la désorganisation de l'articulation, et, après un temps très-long, à la terminaison par ankylose. Sous ce rapport, l'histoire de cette jeune fille est très-intéressante.

En ce qui concerne le traitement que nous allons faire suivre à cette malade, il consistera à immobiliser son membre dans une gouttière métallique, après lui avoir appliqué un appareil inamovible, fenêtré de manière à pouvoir pratiquer la cautérisation ponctuée ou transcurrente, puis l'ignipuncture, s'il y a lieu, c'est-à-dire si la synoviale fongueuse continue à s'épaissir. D'autre part, nous améliorerons l'état général de cette jeune fille, et, dans ce but, nous donnerons des toniques, du fer, du quinquina, etc. Nous veillerons ensuite à ce qu'elle puisse prendre le grand air, aller et venir au soleil, et, dans ce but, nous lui ferons donner des béquilles.

CONSTITUTION MÉDICALE

JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE 1876

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 octobre 1877 (1),

Par M. Ernest Besnier.

V. — Affections des voies digestives.

Les affections des voies digestives se sont montrées, comme toujours à cette époque, plus nombreuses et plus intenses : quelques cas de *cholérine* tout à fait isolés, et survenus sous des influences particulières; quelques cas de *dysenterie* également *sporadiques* et très-bénins; cas assez nombreux d'*ictère*, presque toujours sans gravité; c'est en septembre seulement que les *diarrhées* et les *entérites* atteignent leur maximum, sans sortir des proportions communes et constantes.

VI. — Scorbut.

Suite et fin de l'épidémie observée dans les prisons de Paris pendant l'année 1877,

Par M. G. de Beauvais.

« L'épidémie de scorbut de 1877, dont les phénomènes prodromiques remontent à la fin de février, a duré jusqu'au mois de septembre. Elle a cessé à Mazas et à la prison de la Santé à

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 13 novembre.

la même époque. Sa disparition ne pouvait s'expliquer par aucune modification particulière des conditions saisonnières, hygiéniques ou alimentaires dans lesquelles vivaient les détenus. Elle a cessé, comme toutes les épidémies, sans qu'on puisse déterminer la cause prochaine de sa fin ainsi que de son apparition. Elle ne s'est distinguée des autres épidémies précédentes par aucun caractère essentiel. Le chiffre des cas observés s'est élevé à 21 pour Mazas, dont 12 cas primitifs et 9 cas secondaires; sur ces derniers, on a noté un seul décès, dû certainement à la phthisie galopante et non au scorbut. Un nombre à peu près égal de malades a été relevé à la Santé, il n'y a pas eu de mort. Les jeunes gens ont été plus souvent affectés que les adultes et les vieillards. Les cas secondaires se sont manifestés surtout chez les phthisiques et les scrofuleux.

En 1870 et 1871, nous constatons pour l'âge les résultats suivants : sur 36 *scorbutiques* renfermés à Mazas, il y avait : 2 malades de 17 ans, 3 de 19, 3 de 20, 5 de 21, 1 de 22, 1 de 23, 1 de 24, 1 de 25, 1 de 26, 1 de 27, 2 de 28 ans, soit 21 *jeunes gens*. Sur les 15 autres, le plus âgé avait 68 ans; puis on notait 67, 66, 64, 59, 56, 49, 44, 43, 42, 40, 34 et 32 ans.

Les adultes semblent évidemment résister mieux que les jeunes gens et les vieillards à l'influence épidémique favorisée par les mauvaises conditions hygiéniques. Sur ces 36 malades, 16 ont été transférés à l'infirmerie de Sainte-Pélagie, où les scorbutiques des prisons avaient été centralisés.

En 1871, nous avons perdu un jeune garçon de 17 ans, scrofuleux et anémique au dernier degré, qui a succombé à des épistaxis aussi considérables qu'opiniâtres; un autre jeune homme de 21 ans est mort d'un scorbut compliqué d'anasarque et d'eschares au sacrum; enfin, un vieillard de 66 ans, atteint d'un scorbut grave, précédé d'une anémie des prisons très-notable ; en tout *trois décès.*

Dans l'épidémie de 1877, nous avons constaté, comme dans la précédente, la forme pétéchiale plus fréquemment que les ecchymoses sous-cutanées plus ou moins étendues ou les infiltrations intra-musculaires. Les membres supérieurs ont été rarement et fort peu affectés. C'est surtout les jambes et les cuisses qui ont été le siége des pétéchies ou des ecchymoses. Les hémorrhagies nasales, pulmonaires, ou par d'autres voies, ont été rares et peu abondantes.

Les accidents spéciaux du côté des gencives ont été très-accusés, typiques, chez quelques malades, fort légers chez les uns, nuls chez les autres.

Quant à la contagion invoquée par certains auteurs, elle ne s'est jamais manifestée sur les détenus bien portants, enfermés pendant plusieurs mois, dans la même cellule, avec les malades auxquels ils donnaient, jour et nuit, des soins assidus, dans un espace fort restreint, mal aéré, conditions essentiellement favorables à la contagion incessante comme à l'infection.

Cette épidémie, dont quelques cas isolés, incontestables, se sont manifestés en ville, a été beaucoup moins sérieuse que celle de 1870-1871, dont voici le relevé statistique fait par M. le professeur Lasègue : 83 malades ont été traités; 57 détenus venant de Mazas et de la Santé, soignés à Sainte-Pélagie; 26 malades à la Pitié, 22 hommes et 4 femmes venant de la ville. Sur 83 cas, 66 furent primitifs et 17 secondaires. Sur les 66 primitifs, on compte 11 cas graves, 1 seul mortel, chez un vieillard épuisé; 29 cas moyens; 26 légers. Parmi les 17 cas secondaires, 6 furent légers, 7 moyens, 4 graves. Ils fournirent 7 décès. En tout 8 morts.

L'épidémie de 1877 n'a pu trouver, comme la précédente, de cause réellement adjuvante dans les agents physiques ou moraux de toute nature accumulés autour de nous pendant la guerre : défaite, siége, famine, encombrement, froid, manque de combustibles, d'aliments de première nécessité, pain, viande, légumes, agents considérables, qu'il était permis d'invoquer à cette époque calamiteuse. Disons, enfin, que le régime alimentaire, toujours le même dans les prisons, ne saurait non plus être incriminé comme cause efficiente, puisqu'il n'a pas agi, dans les mêmes conditions, sur beaucoup d'autres détenus soumis depuis plus longtemps à la même alimentation.

Pour nous, une influence épidémique seule a déterminé l'apparition du scorbut de 1877. Chose remarquable, elle cesse les mêmes conditions hygiéniques persistant, et le froid humide qu'on accuse, surtout au point de vue étiologique, ayant recommencé. L'épidémie, ainsi que cela se voit pour le choléra, pourrait-elle se renouveler prochainement? Il faut faire ici une réserve, puisqu'en 1876, à la Santé, on aurait déjà vu quelques cas, dans la mauvaise saison, qui ont cessé pendant l'été, pour reparaître dans l'hiver de 1877.

Il résulte, d'ailleurs, de renseignements particuliers que m'a communiqués M. le docteur Finot, qu'il a vu en 1876, à la prison de Villers-Cotterets, des cas de scorbut très-caractérisés chez des vieillards fort affaiblis.

Comme traitement, les toniques, le quinquina, le fer (perchlorure ou lactate), le vin, un bon régime alimentaire, des limonades minérales ou végétales, des gargarismes astringents, nous ont paru des auxiliaires plus héroïques que le jus de citron et le cresson, tant préco-

nisés par certains auteurs. Nous avons eu beaucoup à nous louer, comme usage externe, de la solution sursaturée de chlorhydrate d'ammoniaque (20 gram. de sel pour 250 gram. d'eau), pour amener la résolution des ecchymoses et des infiltrations des membres, ainsi que pour modérer les douleurs qui en résultent.

Telles sont nos impressions fidèles sur la marche de la dernière épidémie que nous venons d'observer à l'infirmerie de la prison Mazas. »

APPENDICE

Aperçu des principales maladies régnantes observées dans diverses villes de France pendant le troisième trimestre de 1877.

LYON. — M. P. MAYET.

Statistique des entrées et décès des maladies principales dans les services de médecine des hôpitaux pendant le troisième trimestre de 1877.

Maladies.	Juillet.		Aout.		Septembre.	
	Entrées.	Décès.	Entrées.	Décès.	Entrées.	Décès.
Variole et varioloïde	16	»	3	»	»	»
Varicelle	1	»	2	»	»	»
Scarlatine	»	»	1	»	»	»
Rougeole	16	»	26	2	13	2
Coqueluche	8	2	6	»	3	1
Dothiénentérie	57	3	48	9	52	9
Érysipèle	11	1	6	1	3	»
Rhumatisme articulaire aigu	25	»	40	»	28	»
Fièvre catarrhale	»	»	4	»	1	»
Laryngites	1	»	»	1	»	»
Bronchites	50	6	51	8	54	7
Pneumonies	22	12	12	6	21	10
Pleurésies	17 (1)	1	9 (2)	6	15 (3)	»
Phthisie pulmonaire	125	45	113	48	104	40
Angines	6	»	4	»	4	»
Diphthérie (4)	»	1	»	»	1	1
Entérites et gastro-entérites diverses.	60	28	45	19	22	15
Ictères	6	»	1 (5)	1 (5)	»	»

(1) Dont 4 cas chroniques. — (2) Dont 1 cas chronique. — (3) Dont 4 cas chroniques. — (4) Les entrées appartiennent aux services de médecine, le décès aux services de médecine ou de chirurgie (?). — (5) Ictère grave.

Nota. — Les cas d'affections contagieuses contractées à l'intérieur des hôpitaux et intercurrentes à d'autres maladies (peu nombreux d'ailleurs) ne sont pas compris dans cette statistique.

BORDEAUX. — M. HENRI GINTRAC.

« L'état sanitaire a été généralement bon pendant le troisième trimestre. Les affections les plus fréquentes ont été en juillet : l'entérite, le choléra infantile, les diarrhées cholériformes avec vomissements. Ce mois seul a eu une constitution médicale d'été. Pendant les mois d'août et de septembre, on signale surtout des angines, de la coqueluche, du rhumatisme, des oreillons. L'érysipèle, la rougeole, la variole et la varioloïde, se montrent en plus grand nombre. Enfin, il y a encore quelques entérites, quelques fièvres typhoïdes et des embarras gastriques. — La fièvre intermittente est extrêmement commune ; elle affecte surtout la forme tierce, et est assez rebelle.

Il importe de signaler quelques particularités : la fièvre typhoïde a été en général peu grave ; elle présentait la forme adynamique ; bien qu'assez fréquente, elle n'a entraîné qu'une faible mortalité : 7, 8 et 14 décès par mois.

Les fièvres intermittentes, bien que communes dans toute la ville, ont été surtout observées dans le quartier nord de la ville, dit quartier de Bacalan ; elles doivent être attribuées aux immenses travaux de terrassement des Docks et à l'introduction intempestive dans les bassins d'une faible quantité d'eau laissée stagnante, et aussi au percement d'un nombre considérable de voies nouvelles non classées, et dans lesquelles le service de la voirie fait absolument défaut.

La variole, qui existe depuis le mois de février, paraît faire des progrès : 8, 16 et 18 décès ;

elle s'étend peu à peu dans un quartier dont l'hôpital Saint-André est le centre. La mortalité générale, depuis le début de l'épidémie, est de 20 p. 100.

L'épidémie ayant pris subitement une plus grande intensité, des mesures prophylactiques viennent d'être ordonnées et des services de vaccination organisés par la municipalité. »

MARSEILLE. — M. GUICHARD DE CHOISITY.

« Ce trimestre s'est surtout distingué par le nombre des *affections intestinales* dont la gravité paraît avoir suivi les variations de la température. C'est ainsi que, les chaleurs s'étant montrées fort tardivement, on a observé surtout des affections légères en juillet, et les fièvres typhoïdes graves se sont montrées principalement en août, mois beaucoup plus chaud cette année. En général, ces affections très-nombreuses ont été peu graves, ainsi que le prouve le relevé statistique des hôpitaux, qui nous donne pour ces trois derniers mois 290 sorties et 40 décès. Seulement, tandis que, dans le trimestre précédent, ces mêmes affections gastro-intestinales, moins nombreuses, s'étaient montrées relativement beaucoup plus graves, la statistique des mêmes établissements donne de ce chef, pour les mois d'avril, mai, juin, 156 sorties pour 32 décès. Les fièvres typhoïdes seules avaient donné lieu, dans ces trois mois, à 29 sorties et 19 décès, soit 65 1/2 décès pour 100 sorties, tandis que, en juillet, août et septembre, elles ont occasionné 50 sorties et 26 décès, soit 52 décès pour 100 sorties.

Malgré toutes les craintes éveillées par la présence du choléra en Chine et dans l'Indo-Chine, et l'annonce de la *Corrèze*, notre ville a encore évité cette fois le terrible fléau, grâce à la sagesse des commissions sanitaires. Ce n'est donc que pour être complet que je vous signale 2 décès cholériques dans les hôpitaux : 1 en juillet, à l'hôpital de la Conception ; 1 en août, à l'Hôtel-Dieu.

Les maladies des organes respiratoires, qui avaient occupé le premier rang pendant le second trimestre de l'année, sont descendues au second pendant le troisième trimestre. Ainsi, pour ne pas sortir de la statistique hospitalière, si riche en enseignements, et la seule source sûre où l'on puisse puiser, les affections respiratoires ont donné lieu, pendant le deuxième trimestre, à 300 sorties et 135 décès; et, pendant le troisième, à 204 sorties et 105 décès. C'est surtout pour la pneumonie que la différence est remarquable : 77 sorties et 24 décès en avril, mai, juin; 34 sorties et 13 décès en juillet, août et septembre. Mais, ici encore, si les cas sont moins nombreux, ils sont plus graves : la proportion des décès monte à mesure que le nombre des cas diminue.

Ce trimestre a été d'ailleurs particulièrement meurtrier pour les malheureux phthisiques, qui ne sauraient échapper à la triste échéance des premières intempéries automnales : 83 décès pour 119 sorties.

Rien autre chose à noter, car les maladies éruptives, qui avaient très-cruellement sévi, la rougeole surtout, pendant le deuxième trimestre, ne nous ont donné pendant celui-ci que de très-rares cas à observer. »

(*La fin dans un prochain numéro.*)

BIBLIOTHÈQUE

LES PLANTES médicinales et usuelles des champs, — jardins, — forêts, par M. H. Rodin, membre de la Société botanique de France. Troisième édition, avec 200 gravures. Paris. Rothschild, 1876. In-12 jésus, cartonné, de 478 pages.

M. Rodin est un chef d'institution, amateur passionné de botanique, qui n'a eu ni le désir ni la prétention, dit-il, de faire, en écrivant ce livre, une Flore essentiellement médicale. Il a voulu simplement inspirer aux jeunes gens le goût de sa science favorite; science qu'on se hâte d'abandonner, une fois les examens subis. L'auteur remarque que, dans une ville, on compte les trop rares herborisateurs qui ont passé l'âge de trente ans. Il s'est demandé à quoi tient cet abandon. C'est, il en est convaincu, à la forme trop scientifique des ouvrages de botanique. Les Flores proprement dites ne s'adressent qu'à une certaine catégorie de lecteurs. Les Botaniques médicales et usuelles n'ont presque toutes été écrites qu'au point de vue des Ecoles de médecine et de pharmacie; aucune pour les institutions et les gens du monde. Il lui a semblé que, pour faire aimer la botanique, il fallait abandonner de temps à autre les spéculations de la théorie et montrer le côté utile et attrayant de la science. C'est, d'après cette pensée, qu'il a écrit son livre.

Du moins il le dit, et sans doute il le croit. Ce n'est donc pas sans surprise que nous avons vu les plantes dont il est question dans ce volume, rangées et étudiées selon l'ordre thérapeutique; comme le serait le Manuel de l'herboriste : Plantes émollientes, — tempé-

rantes, — stimulantes. — toniques-amères, — astringentes, — réfrigérantes, — altérantes, — sudorifiques, — purgatives, — narcotiques, — rubéfiantes, — absorbantes, — dangereuses, etc. On voit de reste tous les défauts d'une telle classification. Pour n'en signaler qu'un, est-ce qu'il n'y a pas, parmi les narcotiques, les rubéfiantes, les altérantes, etc., beaucoup de plantes dangereuses ?

L'auteur a eu tort, selon nous, de donner à son ouvrage la forme épistolaire. A quoi bon? Pourquoi alourdir les descriptions avec des phrases absolument inutiles? Ne vaudrait-il pas mieux remplacer cette littérature douteuse et surannée par des définitions, par exemple, plus complètes et meilleures? L'espace occupé serait le même, mais il serait mieux rempli. Une seule citation fera bien comprendre ce qui précède. Il s'agit de la médication altérante, p. 228 : « Qu'est-ce? allez-vous me dire. — Une médication bien simple, croyez-moi. Admettez que vous ayez l'organisme profondément atteint, ce que vous reconnaissez à un malaise général; admettez, en outre, que vous ne sachiez à quelle cause attribuer ce malaise, dont la source n'est pas apparente, n'est-il pas naturel de chercher à agir sur les humeurs de l'économie, en les modifiant, en les dénaturant, de telle sorte que, par une action latente, peu sensible, mais continue, l'organisme soit changé? Cette modification amènera probablement dans l'économie un contre-poids à la maladie non localisée, et c'est ainsi qu'agissent les *altérants.* »

Le lecteur sait maintenant à quoi s'en tenir, et je n'ai, en vérité, rien à ajouter, si ce n'est que les 200 gravures qui illustrent ce joli volume sont des bois admirablement incisés, on n'en saurait voir de plus parfaits. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, quatre sources d'eaux minérales ferrugineuses situées dans la commune de Livry (Seine-et-Oise).

2° Une demande tendant à obtenir une autorisation régulière pour continuer l'exploitation des sources qui alimentent l'établissement d'Évian-les-Bains (Haute-Savoie). — (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Reynier, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

2° Une note en langue italienne, de M. le docteur Annibal Breccia.

3° Une lettre de M. le docteur Masse (de Montpellier), accompagnant l'envoi d'un travail sur l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations, pour le prix Amussat.

4° Des lettres de MM. Prunier et Grassi, qui se portent candidats à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie.

5° Une lettre de M. le docteur Maurice Raynaud, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

6° Un mémoire de M. Boudard (de Gannat), sur les services que la chèvre-nourrice blanche, sans cornes, peut rendre au point de vue de l'hygiène publique. (Com. de l'hygiène de l'enfance.)

7° Une note de M. Alexandre de Lubavsky, gentilhomme russe, accompagnant l'envoi de monographies et d'articles juridiques, et dans laquelle il appelle l'attention sur deux articles relatifs au moyen de diminuer la mortalité des enfants en punissant les parents pour l'absence de soins.

8° Une lettre de M. le docteur Puos (de la Rochelle), accompagnant l'envoi d'un petit instrument auquel il donne le nom d'insufflateur des nouveau-nés en état de mort apparente.

9° Une lettre M. le docteur Burq, accompagnant l'envoi d'une brochure sur la métallothérapie.

10° Une note de M. le docteur Caron, qui soumet à l'appréciation de l'Académie les résultats pratiques d'une expériences de trente années consacrées à l'étude de la puériculture. Des faits énoncés par M. Caron, il ressort que le biberon est souvent préférable à la meilleure des nourrices.

—

M. Chauffard présente un opuscule intitulé : *Des soins à donner aux bébés,* par M. le docteur Laurent, médecin des hôpitaux de Rouen.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que l'Académie vient de faire dans la personne de M. le comte Charles Angel d'Alfaro, membre correspondant.

—

M. GOSSELIN lit le rappport sur le prix Amussat, dont les conclusions sont qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix cette année.

M. BROCA lit le rapport sur le prix de Rufz de Lavison. Il conclut qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix cette année.

M. PERSONNE, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports négatifs, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

—

M. LANCEREAUX lit un travail sur les *altérations du pancréas dans le diabète sucré*, dont voici le résumé :

Les observations et les pièces anatomiques que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie, montrent que le diabète sucré est, au moins dans quelques cas, accompagné d'une altération grave du pancréas.

Une semblable altération se rencontre dans plusieurs des faits connus de diabète sucré, et dans ces faits, comme dans les nôtres, la maladie dont l'évolution est relativement rapide et la terminaison fatale, s'est révélée par de la polyphagie et de la polydipsie, une maigreur excessive, une glycosurie abondante, et, en un mot, par tous les caractères du diabète maigre.

D'un autre côté, les animaux auquels on extirpe ou détruit le pancréas deviennent voraces, s'amaigrissent rapidement et succombent très-vite.

Or, prenant en considération, d'une part, les caractères spéciaux du diabète sucré dans les cas d'altération du pancréas, d'autre part, les phénomènes observés chez les animaux par la destruction de ce même organe, nous croyons pouvoir conclure à l'existence d'une relation causale entre l'altération pancréatique et la forme de diabète sucré en question.

Cette forme de diabète se distinguerait par un début généralement brusque, une évolution rapide, un amaigrissement considérable accompagnant une polyphagie et une polydipsie excessive, et enfin par les caractères des déjections alvines. Le pronostic de ce diabète serait des plus graves. L'indication thérapeutique consisterait à supprimer les aliments qui sont digérés par le suc pancréatique, et à nourrir le malade à l'aide des aliments dont la digestion s'accomplit dans l'estomac.

—

M. RICHE, candidat à la place déclarée vacante dans la section de pharmacie, lit un travail intitulé : *Dosage de petites quantités de manganèse et recherche de ce métal dans le sang.*

—

M. DECAISNE, en son nom et au nom de M. le professeur de Pettenkofer (de Munich), lit une étude sur la *Théorie tellurique du choléra asiatique*, qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° Le choléra se montre sur toutes les formations géologiques, mais ce qui importe, pour son développement et sa propagation, c'est l'agrégation physique du terrain, sa perméabilité pour l'eau et pour l'air, enfin la quantité variable d'eau qu'il contient.

2° L'influence des causes locales tient aussi à l'époque de l'invasion des épidémies, comme le montrent un grand nombre d'observations.

3° Le choléra préfère non-seulement certains quartiers dans une localité, mais encore certaines régions dans une contrée, tandis qu'il paraît en éviter d'autres. Les épidémies locales d'une contrée, d'une province, d'un pays, ne se groupent pas le long des grandes lignes de communication. Cela a été démontré pour les Indes et pour l'Europe.

4° Quelque fréquents que soient les cas de choléra qui éclatent sur les vaisseaux, et quelque favorables que soient les conditions de développement de la maladie, la règle est que le choléra ne s'y propage pas.

5° On ne peut méconnaître l'influence de la saison sur les épidémies de choléra, ni celle qu'exerce sur leur fréquence l'époque des pluies aux Indes et en Europe.

6° Contrairement à la doctrine qu'on leur prête généralement en France, les partisans de la théorie tellurique ont toujours admis une substance infectieuse, spécifique, un germe du choléra qui se propage de lieu en lieu par les communications humaines et non point par l'atmosphère libre à de grandes distances.

7° Les partisans de la théorie tellurique n'ont jamais prétendu que les tourbières et les marais dussent être les lieux les plus favorables au choléra. Au contraire, ils ont souvent relevé ce fait que, dans nos climats tempérés, les régions marécageuses sont souvent épargnées d'une manière frappante.

8° En discutant les opinions de M. de Pettenkofer sur l'influence de l'eau du sol, les partisans de la contagion passent ordinairement sous silence la coïncidence des oscillations de l'eau souterraine et de la fièvre typhoïde. Ils objectent, par exemple, que Lyon a eu, en 1874, un niveau très-bas des eaux du sol, et qu'à cette époque il y a bien eu à Lyon une épidémie de fièvre typhoïde, mais pas de choléra. Les partisans de l'influence locale répondent qu'il n'y avait, à cette époque, d'épidémie de choléra asiatique ni à Paris, ni à Marseille, et que, si le germe avait été transporté à Lyon, il est probable que cette ville aurait eu, dans certains quartiers reposant sur un terrain d'alluvion, une épidémie de choléra, comme en 1854, sur une partie de Perrache et de la Guillotière. Il suffit de consulter les recherches de Delesse sur les conditions géologiques et hydrologiques de Paris, et celles de MM. de Pettenkofer et Decaisne sur Lyon, pour voir que les conditions du sol et de l'eau souterraine sont très-différentes à Paris et à Lyon.

Nous pensons, disent les auteurs en terminant, que la science zoologique n'est pas encore en mesure de fournir dans tous les cas la solution du problème, mais nous croyons qu'il faut attirer l'attention sur une doctrine beaucoup trop négligée selon nous.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

JOURNAL DES JOURNAUX

Un cas de variole SINÈ VARIOLIS *démontré par l'examen microscopique du sang,* par M. Ch. GARCIN. — Malade présentant les symptômes suivants : Fièvre, température à 39°2, céphalalgie, douleurs lombaires; rougeur de la face. Dès le lendemain, on note une rougeur vineuse, presque érysipélateuse, à tout le visage ; anxiété, agitation, dyspnée; symptômes de congestion pulmonaire. A la fin du second jour et au troisième jour, plaques vineuses étendues sur le corps, puis mort à la fin du troisième jour, au milieu des symptômes généraux et d'hémorrhagies par les diverses muqueuses.

D'après l'auteur, la déformation des globules en roue de moulin ou en chaton de marron d'Inde indiquée par MM. Coze et Feltz, et par M. Baudoin dans sa thèse, ainsi que d'autres altérations sanguines, ont pu démontrer qu'il s'agissait d'une variole.

Pour notre part, nous nous demandons si ces altérations du sang sont assez caractéristiques pour permettre de reconnaître une variole; et si, dans le cas actuel, les symptômes présentés par le malade, l'éruption hémorrhagique, indiquaient bien l'existence de cette maladie. (*Lyon médical,* n° 3, 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ANASARQUE SCARLATINEUSE. — BRAMWELL.

Dans les cas de moyenne intensité, on administre des purgatifs drastiques, tels que le jalap et la scammonée, qu'on alterne avec les bains de vapeur. Si les symptômes s'aggravent, on pratique une saignée générale, et on applique des ventouses scarifiées sur la région lombaire. — Chez les malades atteints de convulsions symptomatiques de l'urémie, l'auteur a constaté les heureux effets des émissions sanguines, et a vu, sous leur influence, survenir une diurèse abondante. Quant à la pneumonie, à la congestion cérébrale, à l'hématémèse, qui résultent de l'altération fonctionnelle des reins, elles cèdent ordinairement aussi au traitement antiphlogistique. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 15 NOVEMBRE 1801.

Mort, à Berlin, de Jean-Christophe-André Mayer, docteur en médecine et en philosophie, conseiller intime et premier médecin du roi de Prusse, professeur de botanique et de matière médicale au Collège médico-chirurgical, doyen du Collége supérieur de médecine et de santé, membre de l'Académie royale des sciences de Berlin, et de celle des Curieux de la nature, etc. — A. CH.

COURRIER

ÉCOLE DE MÉDECINE D'ARRAS. — M. Leviez, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est autorisé à se faire suppléer,

pendant l'année scolaire 1877-78, par M. Leprieur, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de médecine de Toulouse. — M. Guittard, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1877-78, par M. Caubet, suppléant à ladite École.

Le corps de santé de la marine. — Par décret en date du 6 novembre 1877, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe Corre (Armand-Marie). — Abelin (Auguste-Charles-Marie-Germain). — Abblard (Jules-Marie-Cyprien). — Fontan (Antoine-Émile-Jules). — Guyot (Francisque-Eugène-Étienne). — Maillard (Étienne-Octave). — Jacquemin (André-Émile-Henri-Marius-Bienvenu). — Duthoya de K/lavarec (Eugène-Théodore-Joseph). — Ayme (Nicolas-Paul). — Caradec (Jean-Marie-Paul). — Maurin (Marius-Vincent). — Rémond (Honoré-Marie-François). — Barre (Paul-Auguste). — Siciliano (Antoine). — Pujo (Gabriel-Armand). — Manceaux (Théodore-Louis-Marie). — Cantellauve (François-Louis). — Guillaud (Justin). — Lecorre (Émile-Désiré). — Alessandri (Pierre-Antoine). — Chédan (Ernest-Alexandre). — Fouque (Honoré-Louis-Christophe). — Moulard (Toussaint-Ernest). — Roux (Édouard-Henri-Edgard). — L'Helgouac'h (Adolphe-Auguste). — Antoine (Ferdinand).

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Rochard (Eugène), aide-médecin. — Reynaud (Gustave-Adolphe), aide-médecin. — Bréjon (Louis-Mathieu-Eugène), aide-médecin. — Cauvin (Joseph-Gustave-Emile), aide-médecin. — Gueit (Paul-Alexandre), aide-médecin. — Godet (Georges-Victor-Alphonse), aide-médecin. — Crisolle (Baptistin-François-Félix), aide-médecin. — Rangé (Marie-Louis-Camille), aide-médecin. — Caze (François-Philippe-Marie), aide-médecin. — Flagel (Marie-Benjamin-Camille), aide-médecin. — Borel (Victor-Eugène-César-Auguste), aide-médecin. — Nodier (Charles-Mathurin-Simon), aide-médecin. — Kuenemann (Ferdinand), médecin auxiliaire de 2e classe. — Colin (Charles-Justin-Jean), aide-médecin. — Ono dit Biot (Paul-Aristide), aide-médecin. — Barthe de Sandfort (Jean-Marie-David), aide-médecin. — Philip (Louis-Antoine-Justin), aide-médecin. — Baril (Clément-Pierre), aide-médecin. — Chevrier (Pierre-Jules), aide-médecin. — Granjon-Roset (Henri), aide-médecin. — Aubœuf (Jérôme), aide-médecin. — Delessard (Albert-Simon), médecin auxiliaire de 2e classe. — Bohéas (Paul-Marie), médecin auxillaire de 2e classe. — Joseph dit Orme (Jules-Joseph), médecin auxiliaire de 2e classe. — Drago (Thomas), aide-médecin. — Pfihl (Joseph-Henri), aide-médecin. — Borelly (Charles-Joseph-Gabriel), aide-médecin. — Hahn (Philippe), médecin auxiliaire de 2e classe. — Blanc (François-Félix-Emmanuel), aide-médecin. — Arami (Jules-Louis-Henri), aide-médecin. — Cauvet (Joseph-Noël), médecin auxiliaire de 2e classe. — D'Hubert (Jean-Marie-Jacques-Louis), médecin auxiliaire de 2e classe. — Alix (Léon), médecin auxiliaire de 2e classe. — Morain (Eugène), aide-médecin.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

Les Esquimaux. — On sait qu'une commission, composée de M. le docteur Broca, président, de MM. les docteurs Bordier-Dally, Girard de Rialle, Mazard et Topinard, a été chargée par la Société d'anthropologie de Paris de faire l'examen des Esquimaux installés au Jardin d'acclimatation.

Cette commission s'est déjà rendue auprès d'eux.

Hier matin, accompagnée de M. Geoffroy Saint-Hilaire, de M. le docteur Saint-Yves Menard, sous-directeur du Jardin, elle a étudié pendant plus d'une heure ces intéressants habitants des régions arctiques. Un jeune Danois, de la Société groënlandaise, a servi d'interprète, et les Esquimaux ont répondu avec la meilleure grâce à toutes les questions qui leur ont été posées.

Ils sont originaires de Christianshaab, près de la baie de Disco, dans l'inspectorat du Nord.

C'est là qu'ils vivaient du produit de leur pêche, dans de misérables huttes de terre à peine abritées par quelques bouleaux rabougris, lorsqu'un employé de la Société groënlandaise est venu leur proposer de s'exhiber à Londres et à Paris. C'est ainsi qu'ils sont partis l'année dernière, en compagnie de leurs chiens, de six ours blancs des mers polaires, de dix phoques ou veaux marins, et chargés de leur pittoresque attirail. Ils sont chrétiens, ayant été baptisés par des Frères moraves, et vénèrent la Bible autant que les autres communautés protestantes.

La commission leur a demandé leurs noms, dont la prononciation ne s'accorde guère avec l'orthographe, et qui s'écrivent en français de la manière suivante :

Cospar Mikal Okabak, âgé de 32 ans; Julia-Judith-Margarita Okabak, sa femme, âgée de 23 ans, qui passe pour une des beautés du Groënland; Anne, leur fille, âgée de 4 ans et 1/2;

Catarina, qui n'a que 13 mois et que sa mère porte sur le dos dans un sac en peau de phoque; Henrik Johansen Kojange, âgé de 28 ans; Hans-Noahsen Gokkin, âgé de 41 ans.

Les hommes ont le teint cuivré, et leur chevelure, qui descend jusque sur les épaules, est d'un noir d'ébène.

Hans-Noahsen raconte volontiers ses pêches à la baleine, ses chasses aux renards et aux ours blancs.

Malgré le bon accueil qu'ils rencontrent partout, il paraît que ces Esquimaux regrettent souvent leur vie indépendante et errante, leurs longues courses en traîneaux au fond de la baie de Disco, où ils ne tarderont pas, du reste, à retourner.

Prix de la Société française de tempérance. — *Prix à décerner en* 1878.

Première question. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine.

Le prix sera de 2,000 fr.

Deuxième question. — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues augmente ses propriétés toxiques.

Le prix sera de 1,000 fr.

Troisième question. — Étude comparée des législations relatives aux débits de boissons dans les divers États de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Le prix sera de 1,000 fr.

Nota. — Les mémoires, écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs, devront être envoyés à M. le docteur Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier 1878.

Hôpital de la Pitié. — *Cours de clinique médicale.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses cours de clinique médicale, dans cet hôpital, le samedi 24 novembre 1877, à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3).

Mardi et *samedi* : Leçons à l'amphithéâtre. (Les questions relatives à l'hygiène et à la médecine légale seront traitées avec une attention toute particulière, chaque fois qu'il se présentera une occasion de les aborder.)

Jeudi : Examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes.

Tous les matins : Visite et interrogatoire des malades par les élèves (salle Saint-Athanase et salle du Rosaire).

Ophthalmologie. — M. le docteur Galezowski commencera son cours sur les *maladies des yeux* le vendredi 16 novembre 1877, à 8 heures du soir (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), et le continuera les lundis et vendredis suivants.

Ce cours comprendra : 1° Les névroses oculaires ; 2° les amblyopies toxiques ; 3° les amblyopies simulées ; 4° les lésions oculaires dans les maladies cérébro-spinales ; 5° les troubles visuels dans les affections constitutionnelles.

Chaque séance sera suivie d'une démonstration ophthalmoscopique.

Gynécologie. — M. le docteur Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, commencera un cours public et gratuit sur les maladies inflammatoires de l'utérus et leurs complications, le lundi 19 novembre, à huit heures du soir, à l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Il le continuera les vendredis et samedis suivants, à la même heure.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876) : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 8 novembre 1877, on a constaté 982 décès, savoir :

Fèvre typhoïde, 21 décès; — rougeole, 10 ; — scarlatine, 0 : — variole, 0; — croup, 12; — angine couenneuse, 34; — bronchite, 69 ; — pneumonie, 73 ; — diarrhée cholériforme, 13; — choléra-nostras, 0 ; — dysenterie, 3; — affections puerpérales, 6; — érysipèle, 7; — affections aiguës, 263; — affections chroniques, 389 (dont 174 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 48 ; — causes accidentelles, 34.

A Londres, du 28 octobre au 3 novembre 1877, on a compté 1,447 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

ENSEIGNEMENT

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA MORGUE DE PARIS,

SA DESCRIPTION, SON SERVICE, SON SYSTÈME HYGIÉNIQUE; — DE L'AUTOPSIE JUDICIAIRE, COMPARÉE A L'AUTOPSIE PATHOLOGIQUE (1);

Par M. Alph. DEVERGIE,

Agrégé libre de la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Service et hygiène de la Morgue.

La Morgue est dirigée par un greffier, auquel sont adjoints un commis et un garçon de bureau.

Le greffier et le commis arrivent à dix heures, et s'en vont à quatre ou cinq heures du soir, selon la saison, et comme la Morgue est ouverte au public à six heures du matin, en été, jusqu'à sept heures du soir, et, en hiver, depuis sept heures du matin jusqu'à la nuit, c'est-à-dire quatre ou cinq heures, il s'ensuit qu'une partie du service est faite en dehors des employés du bureau.

Ce sont deux garçons spécialement attachés aux corps qui opèrent ce service, de nuit comme de jour.

Mais, à l'arrivée du greffier, ils rendent compte de tout ce qui s'est passé en son absence.

De son côté, le commis se livre immédiatement à l'inscription de tous les corps reçus, sur un registre où se trouvent disposés par colonne le numéro d'ordre, les noms, prénoms, âge, profession, lieu de naissance, cause de mort, description des corps, des vêtements, argent, bijoux, papiers, et une large colonne d'observations pour le cas d'autopsie. Le registre matricule est fait en double; un exemplaire reste à la Morgue, l'autre à la préfecture de police. En plus de ces registres, il existe un répertoire pour faciliter les recherches et un registre qui est destiné à recevoir les déclarations des familles dont un des membres a disparu. Les colonnes restent en blanc pour les inconnus et les enfants nouveau-nés ou avortons.

Plus tard, si la reconnaissance du corps est opérée, on remplit toutes les colonnes vides.

(1) Suite. — Voir les numéros des 3 et 10 novembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Si nous parlions aujourd'hui d'un de nos intérêts professionnels? Cela vaudra peut-être mieux que de nous préoccuper des affaires et des tristesses du moment. Encore, si nous y pouvions quelque chose!...

Un de nos honorables correspondants, après nous avoir exposé sa situation particulière comme médecin inspecteur d'une eau thermale et comme *propriétaire* dans une station hivernale où, exceptionnellement, il a pu donner quelques consultations, nous dit que le fisc lui réclame le payement de deux patentes de médecin, l'une pour sa station d'été, l'autre pour sa station d'hiver, et il nous adresse la question suivante :

« La question est donc celle-ci : Le médecin peut-il être exposé à payer patente dans plusieurs localités? Doit-il être assimilé au premier industriel venu qui, pouvant ouvrir boutique dans plusieurs villes à la fois, est passible de plusieurs patentes?.... Je ne puis le croire. Le médecin, qui n'a pas don d'ubiquité, n'exerce que là où il est, à l'heure où il s'y trouve. Il n'a de rémunération possible que dans le travail qu'il fait personnellement. Une seule patente doit donc lui suffire. Le colporteur, le charlatan de la rue (excusez le rapprochement) payent-ils dans toutes les villes qu'ils traversent? D'où viendrait donc, pour nous, cette obligation exceptionnelle? »

Notre honoré correspondant qui depuis vingt-huit ans, dit-il, est un fidèle lecteur de

Pour les sujets qui portent quelques désignations d'état civil, on s'empresse d'écrire aux familles, et les lettres sont portées à domicile par un garçon de bureau qui doit être assez intelligent pour poursuivre ses recherches en cas de changement de domicile, et même de concierge de la maison, en s'adressant aux locataires qui restent.

Une correspondance s'effectue souvent avec la province, au sujet de l'état civil des corps.

Lorsqu'un corps exposé vient à être reconnu par un passant, on fait venir la famille; on dirige les parents chez le commissaire de police spécialement affecté au service de la Morgue, puis à la mairie, où on dresse l'acte de décès. Lorsque l'on trouve sur les corps des traces de violences ou blessures, le greffier en informe aussitôt le parquet.

Les corps inconnus restent exposés aux regards du public pendant trois jours; *on en prend la photographie*, qui peut servir ultérieurement à les reconnaître. Mais beaucoup de corps altérés par la putréfaction ne peuvent être ni photographiés ni exposés. Ceux-là, aussitôt leur réception, sont placés dans la salle des morts, et ils y restent jusqu'à ce que le parquet ait délivré le permis d'inhumation.

Aucune inhumation ne peut être faite sans l'autorisation du parquet du procureur de la République et de la préfecture de police.

On comprend que toutes ces indications générales, qui sont formulées dans une ordonnance de police qui sert de règle au service, peuvent subir des modifications selon les circonstances.

C'est ainsi que, dans les cas d'assassinat, on s'attache à conserver les corps le plus longtemps possible; aussi, le corps de la petite fille Moyaux a-t-il été placé, par les soins du conservateur des pièces anatomiques du musée de la Faculté, dans un bain spécial, et, après trois semaines de séjour, elle était encore reconnaissable.

L'administration de la préfecture fait faire en ce moment, sur ma demande, une caisse destinée à des essais de conservation pour les adultes.

L'inventeur du frigorifique a bien proposé à M. le préfet de conserver les corps par son procédé, mais les dépenses d'appareils spéciaux seraient énormes, et je vais m'occuper de rechercher des moyens beaucoup moins dispendieux.

Dans l'espèce, le système des *injections d'antiputrides* dans les vaisseaux est impraticable.

En admettant la possibilité d'introduire dans les vaisseaux d'un corps mutilé et

---

l'Union Médicale, ne s'est pas souvenu que cette question de la double patente y a été traitée plusieurs fois, et a fait notamment le sujet d'une courte mais substantielle consultation de Me Guerrier, notre savant avocat, consultation publiée dans le numéro du 6 janvier 1870. Nous allons rappeler à la mémoire de notre correspondant quelques passages de cette consultation :

« Le médecin, dit Me Guerrier, qui pendant quelques mois de l'année va exercer son art dans une ville d'eaux ou aux bains de mer, est imposé non-seulement dans la localité où il réside habituellement, mais encore dans la localité où il se rend pendant une saison. Avec cette distinction que, si l'appartement qu'il occupe est à sa disposition toute l'année, il paye la patente pour l'année entière dans les deux endroits, tandis qu'il peut ne la payer que pendant six mois s'il n'a qu'un pied-à-terre dont il ne dispose que pendant la saison où il exerce effectivement son art. (Loi du 25 avril 1844, § 10 et 23. — Arrêt du Conseil d'Etat du 7 juillet 1856.)

« La question paraissait plus délicate quand il s'agit d'un inspecteur d'eaux thermales. Celui-ci, en effet, peut soutenir qu'il est fonctionnaire public, salarié par l'Etat, que c'est en cette qualité qu'il habite la ville d'eaux pendant une saison, et que, par conséquent, il ne pourrait être, pour ce fait, soumis à la patente dont il est exempt comme fonctionnaire, aux termes du § 1er de l'art. 13 de la loi du 25 avril 1844.

« Ce raisonnement serait vrai et inattaquable si le médecin se bornait scrupuleusement à remplir ses fonctions d'inspecteur, sans donner de consultations comme médecin privé. Mais, dès que le médecin donne des consultations privées dans son domicile et surtout qu'il se rend chez les malades où il est appelé, l'exception ne le protége plus, et il devient passible de l'impôt; ainsi jugé par arrêt du Conseil d'Etat du 25 juillet 1860.

coupé par morceaux, ce qui est impossible, ou même dans un corps conservé entier, deux ou trois litres d'acide phénique, on pourrait altérer une foule de lésions criminelles.

Cette masse de liquide ferait refluer dans le système capillaire général tout le sang; celui-ci pourrait donner à des contusions une importance en étendue et en profondeur qu'elles n'ont pas; elle pourrait congestionner des organes qui ne l'étaient pas; faire naître même, dans certaines cavités principales, des foyers sanguins ou de liquides qui n'existaient pas, et induire ainsi les experts en erreur (1).

C'est donc à l'immersion du corps entier dans des bains spéciaux qu'il faut chercher la conservation des corps à l'aide de liquides qui aient cette propriété.

Mais là ne se borne pas le service; de nombreux rapports doivent être faits soit à la préfecture de police, soit au parquet, pour les tenir au courant de ce qui se passe journellement à la Morgue.

Enfin, il est un travail important qui complète les fonctions du greffier. C'est la statistique annuelle que j'ai créée depuis l'année 1836, et qui résume tous les faits accomplis. Elle fait connaître la proportion des corps reconnus, leur origine par arrondissement et par quartier, la proportion relative des causes de mort, et dans chacune d'elles la part de l'homme, de la femme ou de l'enfant; elle établit les chiffres du suicide par quartier, par arrondissement et par population partielle ou générale, etc., etc.; elle devient un indice de besoins et d'amélioration à apporter dans le service de la Morgue.

Cette statistique démontre que, depuis 1848, le chiffre des corps reçus a presque doublé; que le chiffre des enfants nouveau-nés et des fœtus a triplé depuis l'époque où on a annoncé par erreur que le *tour* de la Maternité était fermé. Enfin, qu'un septième seulement des adolescents et des adultes apportés à la Morgue reste seulement inconnu.

Nous avons cru devoir entrer dans ces détails, non-seulement pour faire connaître les soins que l'Administration fait apporter dans le service de la Morgue, mais encore nous avons dit, au début, que la Morgue de Paris était une Morgue modèle, et nous tenons à justifier ce titre en fournissant des indications précises

(1) C'est à quoi n'ont pas songé certains journalistes qui, à l'occasion da la femme Billoir, coupée par morceaux, se sont écriés que le moindre garçon d'amphithéâtre aurait conservé le corps par une injection d'acide phénique.

« De ce qui précède, nous devons tirer cette conclusion générale, que le médecin est soumis à la patente partout où il a une résidence et où il exerce son art. »

Dura lex, sed lex, ajoute Me Guerrier.

Voilà qui est clair, net et décisif. A Paris, rendez-vous d'un très-grand nombre d'hydrologistes, nous en connaissons une grande partie qui n'ont pas échappé aux exigences du fisc, parce qu'ils se sont donné le luxe de deux habitations. Leurs doléances ont plusieurs fois retenti dans les colonnes de l'Union Médicale qui, cependant, — je vais le dire tout bas, — ne les trouve pas tous très à plaindre. Que de médecins parisiens consentiraient volontiers à payer deux patentes, s'ils récoltaient la moisson de quelques hydrologues et de quelques hibernants !

Dans le département de la Seine, dans une des localités les plus importantes de ce département, fonctionne et pratique une sage-femme de 1re classe, reçue probablement à Paris, qui est venue demander l'insertion dans l'Union Médicale de l'observation qu'on va lire. Je me suis demandé si je devais obtempérer au désir de cette dame; je me suis cru autorisé à faire droit à la demande de cette sage-femme, dans l'espoir que cette publication rendra plus attentifs et plus sévères les membres du jury de Paris qui délivrent les diplômes de sage-femme de 1re classe.

Voici donc cette observation :

« Madame B... deumurant rue X... à X... ma fait appeler le 12 mai 77. pour l'acoucher.

« Je me suis rendu près de la malade, lais eaux etais rompue. il y avait 48 heure.

« Je l'ais osculter ayant reconnue le poult de l'anfant très faible, il y avait prossidence du

pour les Morgues qui pourraient être créées dans des grandes villes de la France ou de l'étranger.

Hygiène de la Morgue.

Un établissement qui, dans le cours de l'année, reçoit près de 700 corps, tant adultes qu'enfants, et qui les y conserve de trois à cinq jours, devait être, de la part de la commission du Conseil d'hygiène et de salubrité, l'objet d'incessantes préoccupations. Elle avait résolu la difficulté en demandant que chacune des salles où existeraient des corps fût terminée en voûte dans sa partie supérieure, et que du centre de la voûte, à forme plus ou moins rapprochée d'une hotte, partît une cheminée de 20 mètres, à l'origine de laquelle serait placé un foyer incandescent, et mieux une couronne importante de gaz très-facile à allumer complétement ou incomplétement, pour développer un tirage proportionné à l'infection de la salle.

Ce moyen a été repoussé par la préfecture de la Seine. Il avait, il est vrai, l'inconvénient de donner au monument de la Morgue l'aspect d'une fabrique, et comme la préfecture de la Seine avait choisi l'emplacement du *terrain*, au lieu d'établir la Morgue sur le quai Saint-Bernard, la vue d'une espèce de fabrique devant le vaisseau de Notre-Dame eût été du plus mauvais aspect.

M. Gilbert, architecte, fut donc chargé de faire la Morgue sans *aucune apparence* extérieure de cheminée.

A cet effet, il remplaça les deux cheminées à grande élévation par deux cheminées d'appel à hauteur du toit. Il établit un foyer alimenté par du charbon de terre dans chacune d'elles et des tuyaux qui prenaient l'air vicié de chaque salle et de divers points de chacune d'elles, pour le conduire immédiatement *au-dessus* du foyer.

Ces cheminées d'appel montrèrent bientôt leur insuffisance. La commission du Conseil fit élargir notablement chaque foyer, et prescrivit la combustion d'une plus grande quantité de charbon.

Notons que les habitants du quartier, et surtout ceux de l'île Saint-Louis, adressèrent des plaintes, à cause de la mauvaise odeur qu'ils recevaient de la Morgue.

La commission changea alors le système : elle fit arriver les gaz infects *au-dessous* du foyer, de manière à les brûler.

Il y eut alors une légère atténuation dans les inconvénients qui résultaient de la

---

bras gauche. Jai plasser la femme a la position voulue pour le travail. J'ai introdui la main droite pour saisire le pied. Lhuterruse était tellement contracter, a la troisième reprise d'introduction je suis enfin parvenue a saisire le pied droit, je l'ai amnener a moitié chemin ma main ce trouvant parralyser forcer de la retirrer au bout d'un instant. Jai repris mon travail, pour me remettre a la recherche de l'autre pied. Impossible de le saisire rapport a la contraction jai resaisie le premier pied je l'ai ammener a la vulve avec difficulté. Jai voulue une segonde fois aller a la recherche du segond impossible même dintroduire l'indez voyant cela jai fait des tractions sur le premier pied pour arriver au genoux me trouvan fatigué je me suis fait aider par une voisine de la malade. Lhuterruse était tellement contracté sur le fétus jai deboiter la rotule du genoux en fesant des contractions sur la jambe. Je l'ais ammener jusquau essaille jai voulu dégagée le bras gauche impasible dintroduire l'indez. Le col était tellement reserrer obliger de l'amener par lais muscles jai introdui l'indez dans la bouche de lanfant je lais amener dos sur vantre mort bien entendu.

« La dèlivrance naturelle la Mère en très bonne étât a repris ces traveaux 12 jours après. X... le 10 novembre.

« Mme X... sage femme de 1er classe, rue Y... »

Je laisse l'original de cette observation entre les mains de M. Nicolas, notre metteur en pages, qui est autorisé à le communiquer à ceux qui voudraient en prendre connaissance. Il est bien vrai que les conditions littéraires imposées aux élèves sages-femmes sont nulles; la loi, en effet, ne leur demande qu'une chose, c'est de savoir lire et écrire. Mais ne serait-il pas possible aux jurys médicaux, même avec cette formule restreinte : Savoir écrire, de s'assurer que les aspirantes au titre de sage-femme ne commettent pas de tels outrages à la

précédente installation ; mais, sous certains vents, le quai de la Morgue était infect et les passants s'en plaignaient.

La commission fit opérer une nouvelle transformation, qui consistait à *élargir*, dans une proportion considérable, le foyer; mais toutes ces mesures devinrent insuffisantes. Telle était cependant la quantité de charbon que l'on brûlait jour et nuit, que, dans l'espace de six années, c'est-à-dire jusqu'en 1870 inclusivement, on éleva la proportion de charbon brûlé de 1,000 kilogrammes à 24,000 kilogrammes en cette dernière année.

J'ajouterai que le foyer était si considérable, que bientôt une cheminée fut dégradée non-seulement des briques qui la tapissaient, quoique celles-ci fussent fréquemment renouvelées, mais encore que les pierres furent fortement lézardées, au point de compromettre la solidité du bâtiment, construites qu'étaient ces cheminées dans l'épaisseur de pilastres de très-fort diamètre. M. Combes, de l'Institut, et inspecteur général des mines, avait dirigé toutes ces améliorations, devenues cependant insuffisantes.

Durant ce laps de temps assez éloigné de l'époque où la Morgue fut ouverte à la réception des corps, le Conseil d'hygiène fut saisi, par le préfet de la Seine, d'une autre question : celle de savoir quelles seraient les mesures à prendre pour transporter sans odeur les corps décédés à Paris, au cimetière de Méry-sur-Oise. Une nouvelle commission du Conseil fut chargée de ces investigations; j'en fus nommé rapporteur. Des expériences nombreuses furent faites à la Morgue sur des corps entiers, placés dans des cercueils, dans lesquels on entourait chaque corps d'agents désinfectants divers. J'arrivai alors, avec la commission, à ce résultat, que l'acide phénique occupait le premier rang parmi les désinfectants, sans exclusion de plusieurs autres produits, mais dont l'emploi était moins facile et moins approprié à l'usage que l'on voulait en faire.

D'une autre part, après avoir acquis la certitude, durant l'histoire que j'ai tracée de la putréfaction dans l'eau en l'année 1829, que les corps se putréfiaient moins vite dans l'eau qu'à l'air libre et dans la terre, j'avais fait établir peu de temps après, dans l'ancienne Morgue du Marché-Neuf, une robinetterie à la tête de chaque corps étendu sur les tables, à l'aide de laquelle un arrosage de filets très-fins d'eau s'étendait sur les corps, de la tête aux pieds. Outre la conservation que ces filets d'eau pouvaient opérer, ils avaient l'avantage d'entraîner dans des gargouilles *ad hoc* tous les liquides qui suintent à la surface de la peau des noyés, sous l'influence des

---

grammaire, à la syntaxe et à l'orthographe. Je ne demande pas certainement que toutes les élèves sachent écrire avec le style, l'esprit et l'humour de Mme Anna Puéjac, sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier, et dont nos lecteurs ont pu apprécier les brillantes qualités d'écrivain. Ces demoiselles ne sont pas sans doute des élèves de Saint-Denis ou du Sacré-Cœur, mais, sapristi! sans être trop exigeant, on peut leur demander un peu plus de respect pour Vaugelas. Comprenez-vous quelque élégante Parisienne recevant de son accoucheuse, qu'elle a envoyé chercher, la réponse suivante : « Madame, je cuis chez une dame ancouche, mé dans une eure o plus tard, tout cerat phinit. »

Quant aux manœuvres obstétricales exercées par cette sage-femme, je laisse à des tocologistes plus forts que moi de juger de leur valeur. Moi, je ne me reconnais pas dans ce farfouillage, et je ne sais pas ce que c'est qu'un accouchement par les *muscles*. C'est au jury qui a accordé à cette élève un diplôme de sage-femme de 1re classe, de voir s'il a suffisamment sondé les profondeurs de l'instruction de cette élève.

Notre Académie de médecine ne possédait l'an passé qu'un de ses membres député, M. le docteur Théophile Roussel; depuis le 14 octobre elle en possède deux, M. Roussel, déjà nommé, et M. le baron Larrey, élu dans les Hautes-Pyrénées. M. Roussel appartient à la gauche, M. Larrey fait partie de la droite. Dans les listes des médecins députés, je n'ai pas vu figurer le nom de M. le docteur Livois, élu à Boulogne-sur-Mer. M. le docteur Livois, ancien maire de Boulogne, fait également partie de la droite.

C'est Dumarsais qui disait qu'il se faisait tous les matins plus de tropes à la Halle que dans les discours les plus fleuris des plus brillants orateurs. Il est certain qu'il est des locutions

gaz putrides qui se développent dans le cœur et dans les gros vaisseaux, et qui chassent à la périphérie du corps dans le système capillaire le sang putréfié. Je conçus la pensée d'associer de l'acide phénique à l'eau des irrigations de la Morgue nouvelle, et j'arrivai à ce résultat qu'il suffisait de mêler à l'eau un dix-huit centième de son volume d'acide pour obtenir une liqueur désinfectante. M. Lelogeais, plombier de la Morgue, organisa alors un réservoir avec chute graduée d'acide goutte par goutte qui, étant plus léger que l'eau, serait resté à la surface, mais au moyen d'un système d'arrivée de l'eau à la base du réservoir, qui venait s'y contourner de bas en haut et latéralement, de manière à faire faire à la masse un mouvement de rotation, il imprimait ainsi à l'acide phénique du commerce encore huileux, le même mouvement de rotation pour opérer son mélange à l'eau. Tout cela s'opère sans aucune intervention des garçons de service. Il suffit de mettre de l'acide phénique dans un entonnoir à bec armé d'une clef pour graduer l'écoulement, et d'ouvrir un robinet d'arrivée de l'eau. Après plusieurs mois d'essai de ce moyen, je le soumis à la commission du Conseil, qui me donna son approbation. Depuis six années il fonctionne avec un résultat complet; le système d'appel par le feu a été immédiatement supprimé.

Pour se rendre compte de la puissance de cette désinfection, il suffit d'énoncer ce fait : qu'il existe quelquefois, dans la salle des morts de la Morgue, jusqu'à 12 et 14 corps dans un état de putréfaction avancée, en été.

C'est ainsi que s'explique l'existence en permanence de deux ou trois cents litres d'acide phénique que l'on fait venir de Manchester. A l'époque où je m'occupais de son emploi, M. Calver's, chimiste, de regrettable mémoire, vint me trouver et me montrer des produits d'acide de la plus grande pureté. On sait que M. Calver's a été le propagateur de l'acide phénique en Angleterre. Il a établi une fabrique d'acide à Manchester, et il faut reconnaître que ce que l'on appelle l'acide phénique du commerce y est beaucoup mieux débarrassé d'huile empyreumatique, et qu'il se vend aussi à meilleur marché.

Si le lecteur veut bien se reporter à ce que nous avons dit des soins hygiéniques qui sont donnés à tous les corps apportés à la Morgue, il verra que la Morgue a toujours été une des préoccupations du Conseil d'hygiène et de salubrité, et que l'administration de la préfecture de police n'a jamais reculé devant des dépenses d'essai, de tâtonnement ou d'installation définitive, de tout ce qui pouvait contribuer à l'hygiène de cet établissement.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

---

populaires, des expressions, des proverbes et des maximes qui n'ont cours que dans certaines couches sociales, et qui nous frappent par leur pittoresque. Ainsi, dernièrement, à la campagne, dans une réunion d'électeurs, on parlait des incapacités électorales, et l'on citait quelques-uns des cas qui les entraînaient, telles et telles condamnations, la prison, etc.

— La prison ! s'écria un champignoniste. Dans ce cas, je m'en vais; je ne peux voter, car j'ai fait neuf mois de prison.

— Que dites-vous là? répondirent ses voisins, qui connaissaient pour un parfait honnête homme l'honorable producteur de bolets comestibles.

— Oui, répliqua-t-il, et ce qu'il y a de plus fort, c'est qu'immédiatement en sortant de prison j'ai été condamné à mort.

Surprise de plus en plus grande de l'assistance.

— Expliquez-vous ! expliquez-vous ! lui criait-on de toutes parts.

— Et ce qu'il y a encore de plus fort, ajouta le malin champignoniste, c'est que tous, tant que vous êtes, vous avez, comme moi, fait neuf mois de prison, et que, comme moi, tous vous avez été condamnés à mort.

Voyons, est-ce que je n'ai pas passé neuf mois emprisonné dans le sein de ma mère, et vous tous n'avez-vous pas été également emprisonnés?

Et dès l'instant où je suis né, n'ai-je pas été condamné à mourir, comme vous l'êtes tous? L'orateur fut fort applaudi, et je crois même qu'il obtint cinq à six voix au scrutin.

D[r] SIMPLICE.

CONSTITUTION MÉDICALE

JUILLET, AOUT ET SEPTEMBRE 1876

RAPPORT DE LA COMMISSION DES MALADIES RÉGNANTES,

Fait à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 octobre 1877 (1),

Par M. Ernest BESNIER.

TOULOUSE. — M. BONNEMAISON.

« Pendant le troisième trimestre de 1877, la température a été ce qu'elle est ordinairement à pareille époque, c'est-à-dire très-élevée, sinon dans le mois de septembre, où elle a subi un abaissement marqué, surtout pendant la nuit. Mais le caractère météorologique dominant a consisté dans le fait d'une sécheresse presque constante, qui persiste encore.

La constitution médicale est demeurée bonne, et le nombre des malades a été peu considérable. Les enfants seuls ont fait exception, et beaucoup ont péri victimes de l'entérite et du choléra infantiles.

En général, l'élément constitutionnel prédominant n'a cessé d'être catarrhal, et l'on a vu sévir les angines, les bronchites, les pleurésies simples, les pneumonies le plus souvent abortives, les rhumatismes subaigus, les névralgies intermittentes.

Les entérites, parfois cholériformes avec douleurs vives, les ictères simples, quelques dysenteries de courte durée, se sont montrés fréquents, mais d'une bénignité extraordinaire, qui, chez l'adulte, ne s'est pas un instant démentie. A cet égard, je signalerai l'efficacité de la méthode brésilienne dans le traitement des dysenteries observées dans le service de la clinique et dans ma clientèle privée.

D'après ce court exposé, il n'y aurait, semble-t-il, qu'à se réjouir de la bénignité de la constitution médicale et des succès de la thérapeutique traditionnelle dans les maladies précédemment indiquées. Mais chaque médaille a son revers, et nous devons signaler plusieurs cas de mort par le croup (10 en juillet, 8 en septembre); quelques cas malheureux de fièvre typhoïde à l'hôpital militaire notamment, dans les mois d'août et septembre, et enfin les nombreux décès observés chez les enfants dont j'ai parlé ci-dessus, et qui entrent pour un bon tiers dans le tableau général de la mortalité du trimestre. »

AURILLAC. — M. RAMES.

« L'état sanitaire a été encore s'améliorant pendant le trimestre qui vient de s'écouler. Sur un effectif de 500 hommes environ, nous trouvons 57 entrées, dont 22 dans le mois de juillet, 16 dans le mois d'août et 19 dans le mois de septembre (12 doivent être distraits de ce dernier nombre, comme nous le verrons).

Pas de maladies saisonnières. Toutes les affections ont été dues à de brusques refroidissements, averses ou baignades sans réaction suffisante. La bronchite figure au premier rang : 10 dans le mois de juillet; 6 dans le mois d'août; 2 se sont compliquées, pendant leur durée, de pleurésie; 2 autres pleurésies, celles-ci primitives, se sont produites dans le mois d'août; toutes ont été tenaces, mais sans gravité; les autres affections ont été des courbatures, des embarras gastriques ou bilieux.

La caserne de remonte, qui touche de plus près aux prairies du bas de la ville, nous a envoyé quatre cavaliers avec des accès de fièvre intermittente.

Deux faits sont à noter :

1° Le 29 juin, le 7e de ligne, venant de Lyon et de passage dans notre ville, nous a laissé un soldat atteint de *fièvre typhoïde*. Ce malade a succombé le 17 juillet (au vingt et unième jour), par suite d'accidents ataxo-adynamiques compliqués de pneumonie. *Son passage dans nos salles n'a pas laissé de traces.*

2° Le 17 et le 18 septembre, alors que nous n'avions dans les salles que 2 fébricitants et 1 rhumatisant, 11 artilleurs et 1 chasseur nous ont été envoyés de Clermont. Ces militaires venant tous, sauf l'un d'eux, des grandes manœuvres du département de la Loire, avaient été pris, pendant leur retour, d'accidents continus.

Sur ces 12 cas, 3 étaient légers, 6 de moyenne intensité, 3 très-graves. De ces derniers, 2 ont succombé, l'un au treizième jour, avec ramollissement seulement des plaques; l'autre au vingt-quatrième jour. Ce dernier n'avait pas quitté Clermont. Tous deux, dès leur arrivée, présentaient des accidents portant à la fois sur les trois systèmes de la nutrition, de la respi-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 8, 13 et 15 novembre.

ration et de la vie de relation. Le troisième, après une diarrhée très-vive, a été atteint et est encore convalescent de désordres affectant la colonne lombaire.

Le début de ces diverses affections a été s'échelonnant du 30 août au 12 septembre. La cause occasionnelle remarquée aurait été un brusque changement dans l'état de la température.

L'arrivée de notre contingent, survenue quelques jours plus tard, ne nous a donné que 4 malades atteints d'affections si légères que nous sommes restés indécis de savoir si nous avions eu affaire à des embarras gastriques fébriles ou à des états muqueux légers (*fébricules*).

Comme au mois de juillet, la *présence de tous ces malades n'a été cause d'aucune contagion, soit dans l'hôpital, soit dans les environs, l'état sanitaire de la cité ne laissant rien à désirer.* »

ROUEN. — M. LEUDET.

« *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — Pendant ce trimestre, le nombre des admissions a été peu élevé. Aucune maladie épidémique; pas de variole.

La *fièvre typhoïde,* assez rare dans notre ville depuis quelques années, est représentée par 9 malades reçus pendant les trois mois. En ville, j'ai vu aussi quelques cas de fièvre typhoïde. La pyrexie n'offre pas la fréquence relevée dans des automnes de certaines années. La maladie est, en général, grave. De ces 9 malades, 4 ont succombé; ils présentaient tous une *forme adynamique grave.*

Les mois de juillet et août nous présentent des *bronchites,* quelques *pneumonies.*

Les *rhumatismes aigus* et *chroniques* ont été traités par le salicylate de soude. Les cas aigus ont offert souvent une marche rapide; les douleurs disparaissaient en peu de jours. Par contre, j'ai échoué dans les poussées aiguës du rhumatisme chronique. »

LE HAVRE. — M. LECADRE.

« Durant ce troisième trimestre, les naissances ayant été de 788 et les décès (non compris le chiffre des enfants mort-nés qui fut de 41) s'élevant à 691, nous eûmes à constater un excédant des naissances sur les décès de 97. Peu habitués nous sommes d'observer cet excédant durant la saison d'été, saison où, à cause de l'apparition de la diarrhée cholériforme des jeunes enfants qui ne manque jamais, la mortalité est toujours considérable.

Le propre des chaleurs est de développer la diarrhée des petits enfants, diarrhée d'une gravité toujours très-grande et qui en moissonne un très-grand nombre. Cette année, outre que les chaleurs furent tardives et ne se soient présentées qu'au mois de juillet, dans ce mois et dans celui qui le suivit (août) elles ne furent pas de longue durée. En septembre, elles avaient disparu complétement. Au mois de juillet, la diarrhée apparut. Elle enlevait 64 enfants. Dès le mois d'août, ses ravages avaient diminué; le chiffre des décès par cette maladie ne fut que de 52. En septembre, diminution plus grande encore, puisqu'on ne constatait plus que 38 enfants morts victimes de cette maladie. Rapprochant ces chiffres, nous eûmes donc, durant les trois mois, 154 décès par la diarrhée cholériforme des jeunes enfants. Dans le même espace de temps, en 1876, on en constatait 432. Différence, au profit de 1877, 278.

Cette même tendance, qu'on pourrait appeler abdominale, quoique assez peu accentuée cette année, fut également appréciable chez les adultes, et l'on put observer un assez grand nombre d'embarras gastro-intestinaux, le plus souvent sans gravité.

Il n'en fut pas de même de la fièvre typhoïde; les cas furent nombreux. Elle fit, durant ce trimestre, 32 victimes. Attaquant, de préférence, les jeunes gens, on la vit cependant chez des enfants du second âge et chez des adultes. L'ensemble des symptômes était la fréquence et la petitesse du pouls, quoique l'état thermique de la peau, généralement, ne fût pas considérable; les vomisssements, une soif extrême, la diarrhée, l'hémorrhagie intestinale, le délire qui, chez certains sujets, allait jusqu'à l'agitation difficile à contenir, le météorisme du ventre, la diphthérie, la phlogose des bronches, l'éruption pustuleuse sur le tronc et aux extrémités. Sa durée était longue. Des malades, au cinquième jour de la maladie, conservaient encore la fréquence du pouls et le délire. On la vit se manifester chez plusieurs personnes dans la même maison. Un enfant de 7 ans mourut subitement au vingt-cinquième jour de la maladie, lorsqu'on le croyait en convalescence. Sa mort fut attribuée à une embolie pulmonaire.

La fièvre intermittente ne fut pas commune dans les contrées paludéennes entourant le Havre. On pensa devoir attribuer sa rareté relative assez grande aux dégagements assez limités de miasmes par la chaleur.

Moins rares furent les éruptions. La rougeole sévit principalement au mois d'août à Sainte-

Adresse, commune à 3 kilomètres de la ville. La variole, sans être commune, ne cessa pas de se montrer. Quatre cas mortels eurent lieu en juillet, 4 également en août et 6 en septembre; total : 14; la plupart chez des individus non vaccinés ou vaccinés depuis longtemps.

Si, durant ce trimestre, les lésions gastro-intestinales ne furent pas ce que nous voyons dans d'autres années, ce que nous attribuons à la constitution variable de l'atmosphère, cette même constitution, on peut l'accuser de la continuation des bronchites, dont plusieurs se généralisèrent dans les bronches les plus ténues, et aussi bon nombre de rhumatismes semblant disparaître aisément sous l'influence des médicaments, pour revenir de nouveau quelques jours après.

En résumé, durant ce trimestre, beaucoup de maladies et mortalité assez réduite. »

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE ÉLÉMENTAIRE DE MÉDECINE, par les docteurs E. DECAISNE, lauréat de l'Institut, et X. GORECKI, professeur libre à l'École pratique. Quatre premières livraisons. Paris, Lauwereyns; grand in-8°.

Heureuses les publications qui sont signées de noms estimés et aimés; c'est pour elles un passe-port en règle qui les fait cheminer sûrement sur la route, souvent semée d'écueils, des livres. *Habent sua fata libelli.* MM. Decaisne et Gorecki ont voulu mettre au jour une sorte de *vade mecum*, de guide pour l'étudiant, le praticien et les personnes instruites, en général, qui, sans vouloir s'ériger en guérisseurs, désirent simplement comprendre le langage scientifique qu'on leur parle chaque jour, et se préserver des industriels et des charlatans. Vont-ils réussir dans leur honnête projet? Nous le désirons de grand cœur, car toutes les tentatives qu'on a faites jusqu'ici n'ont pas réussi à arracher la foule à la griffe des pseudo-guérisseurs. Au reste, MM. Decaisne et Gorecki, tout en prenant sous leur tutelle les malheureux inconscients que le charlatanisme dévore, sont beaucoup plus tendres pour l'étudiant, le praticien; c'est à eux, surtout, que leur publication s'adresse; ils leur donneront l'étymologie, la définition de tous les termes d'anatomie, de physiologie, de chimie, d'histoire naturelle, de pharmacie, de médecine légale, de médecine et de chirurgie, avec les symptômes, la marche et le traitement sommaire et général de chaque maladie. Ils répondront à toutes les questions que soulève aujourd'hui l'hygiène publique et privée, ils leur dévoileront curieusement les eaux minérales de la France et de l'étranger, leur composition et l'indication des maladies dans lesquelles on les emploie. Nous prédisons un grand succès au *Dictionnaire élémentaire de médecine*; d'autant qu'il est, en quelque sorte, semé de fort belles gravures, indispensables aujourd'hui à toute publication de cette sorte, qui veut respecter les exigences du public, public que l'on gâte tant et qui n'est jamais content.

« Annoncez, disait Arago, que l'on peut aller maintenant en chemin de fer dans la lune, le public manifestera d'abord son étonnement et son enthousiasme... Quelques mois après, il trouvera cela tout simple... »

Nous félicitons aussi nos sympathiques confrères d'avoir jeté par dessus bord les questions de polémique philosophique ou religieuse, et d'avoir courageusement sacrifié les points que comporte l'étude des facultés morales et intellectuelles. L'*âme* elle-même ne figure pas dans ce dictionnaire. Franchement, la grande dame peut bien se contenter des monceaux de livres que ses adorateurs ont mis à ses pieds.

Dr A. CHEREAU.

LA PRINCIPAUTÉ DE MONACO considérée comme station sanitaire, par E. KUNEMANN, de la Faculté de Paris; 1877. A l'imprimerie du journal de Monaco.

Sous ce titre, M. le docteur Kunemann, médecin consultant de S. A. S. le prince de Monaco, vient de publier une intéressante brochure que son sujet même recommande à l'attention du public médical. C'est le premier écrit sérieux et scientifique qui ait paru sur la station hivernale de Monaco.

En quelques pages et dans un style concis, l'auteur passe successivement en revue les conditions topographiques et climatologiques qui classent Monaco au nombre des meilleures stations d'hiver de la région et signale les particularités qui font de ce coin de terre privilégié une précieuse ressource pour les nombreux malades qui viennent annuellement demander aux stations méditerranéennes le soleil et la santé.

Se développant en une longe et étroite bande de terre, limitée à l'est et au sud par la mer, et à l'ouest et au nord par une chaîne de montagnes, dont l'altitude atteint jusqu'à

1,100 mètres, qui l'abrite des vents du nord et surtout de nord-ouest (mistral), la principauté de Monaco jouit d'un climat essentiellement marin, modifié sur plusieurs points par une disposition en amphithéâtre des divers quartiers, et dont « les effets stimulants se graduent en raison de l'altitude et peuvent être utilisés au choix du médecin, suivant les exigences de chaque malade. »

Les caractères généraux du climat de Monaco sont ceux de Menton, Nice, Cannes. La conformation topographique de la principauté les modifie en certains points, et si l'on considère combien diffèrent les stations de Nice et de Menton, malgré la petite distance qui sépare ces deux localités, on comprendra l'importance qu'il faut attacher à la description que fait le docteur Kunemann des principaux quartiers de la principauté.

La moyenne annuelle de température est plus élevée que celle de Nice. Elle l'emporte même de quelques dixièmes sur la moyenne de Menton. Les maxima sont sensiblement les mêmes à Menton et à Monaco; mais le thermomètre n'y marque pas les mêmes températures basses, et à l'appui des tableaux météorologiques, le docteur Kunemann trouve dans l'état de la végétation des preuves irrécusables :

« Cette position et ces conditions météorologiques expliquent l'égalité et la douceur exceptionnelle du climat monégasque, qu'atteste suffisamment l'immunité qu'y rencontrent les plantes exotiques et délicates pendant les années rigoureuses. Ainsi, durant l'hiver de 1870-1871, alors qu'à Cannes et à Nice la gelée a détruit quantité de plantes nouvellement acclimatées, telles que les eucalyptus, les polygalas, les bananiers, la canne à sucre, etc., ces mêmes plantes n'ont pas souffert à Monaco, en pleine terre et sans abri. Le citronnier, fort endommagé dans le voisinage immédiat, à Menton, n'a subi aucune atteinte dans la principauté. »

Les courbes de température moyenne, quoique de forme générale assez approchée, ne se superposent pas. Cette différence mérite d'être notée; c'est ainsi que la baisse thermométrique de novembre à janvier est plus lente à Monaco qu'à Menton, si bien que l'hiver de Menton semble précéder celui de Monaco.

Le docteur Kunemann termine par l'énumération des catégories de malades auxquels convient le climat monégasque et les contre-indications du séjour dans la principauté; enfin, par quelques mots sur les distractions et les ressources médicales et autres qu'offre Monaco à ses nombreux étrangers et à sa clientèle de malades.

En résumé, température plus élevée, transition moins brusque de l'automne à l'hiver, atmosphère essentiellement marine, abri contre les vents du nord et du nord-oust, altitudes variables, sites pittoresques bien ensoleillés et inondés de lumière, telles sont les conditions qui rendent le climat de Monaco « plus doux, plus tonique, mais aussi plus stimulant que celui des stations voisines. »

Nous reprocherions à la brochure du docteur Kunemann sa brièveté, si nous ne savions que cet opuscule ne fait que précéder un travail plus étendu, complet et aussi consciencieux, sur la principauté de Monaco considérée comme station hivernale.

Dr Gueirard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 12 novembre 1877. — Présidence de M. Péligot.

Séance triste, — comme le temps et comme l'état des esprits. A trois heures un quart, le bureau n'est pas complet; il n'y a pas dix académiciens dans la salle; beaucoup de places sont vides aux bancs du public et de la Presse. Après la lecture du procès-verbal, M. le secrétaire perpétuel Jos. Bertrand mentionne rapidement :

— Une note de M. Marnet sur les quantités de chaleur dégagées par la combinaison de l'eau avec l'acide sulfurique;

— Un mémoire de M. Lichtentein sur les migrations du puceron du cornouiller, et sur les différentes graminées aux dépens desquelles vit ce puceron pendant les premières périodes de son existence;

— Un travail de M. Flammarion, intitulé : *Nouvelles études sur les systèmes stellaires dont le mouvement propre est démontré par les observations les plus récentes.* Tous ces mouvements, selon M. Flammarion, sont rectilignes; la prétendue direction elliptique serait une illusion;

— L'exposé de nouvelles expériences par M. Marteil, à propos du blindage des navires. Il en résulterait que des fils de fer ou d'acier recouvrant, comme un treillis, les flancs du

navire, offriraient plus de résistance que les plaques continues actuellement employées. M. Jos. Bertrand fait observer que l'auteur de cette communication n'ayant, de son propre aveu, fait ses expériences qu'avec un pistolet et une planche de chêne, les conclusions qu'il pose ne doivent être acceptées que sous toutes réserves;

— Une note de M. Berthelot sur les limites de l'éthérification;

— La 15e livraison d'un ouvrage que publient MM. Van Beneden et Gervais, sous le titre de : *Ostéographie des cétacés vivants et fossiles.* . . . .

— M. le secrétaire donne lecture d'une lettre par laquelle on lui annonce que M. Maugean lègue la somme nécessaire pour fonder un prix biennal de 2,000 fr. à décerner à un ouvrage de science concernant l'hygiène, la préservation des maladies épidémiques ou leur curation, la diminution des dangers professionnels pour certaines classes d'ouvriers, etc. (Renvoyé à la commission administrative.)

L'Académie met à l'ordre du jour la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats au titre d'associé étranger, en remplacement de M. de Baër, décédé.

M. Trécul donne lecture d'un mémoire sur l'organogénie des feuilles.

Une note de MM. Béchamp et Eustache, sur l'altération des œufs provoquée par des moisissures venues de l'extérieur, se résume en les conclusions suivantes :

« 1° Des œufs de poule peuvent séjourner pendant longtemps dans un milieu rempli d'infusoires, sans que ces êtres traversent la coquille et pénètrent dans l'intérieur;

2° La coquille se laisse pourtant traverser par les mucédinées microscopiques, qui de l'extérieur cheminent à l'intérieur, et peuvent pénétrer à travers la membrane qui tapisse la coquille, et se développer très-abondamment sur sa face interne;

3° La membrane du jaune offre une barrière jusqu'ici trouvée infranchissable à la pénétration de ces mucédinées ou de toute autre production microzoaire ou microphyte;

4° La pénétration de la mucédinée et ses rapports médiats avec le jaune de l'œuf y entraînent une altération qui est une véritable fermentation, se produisant en dehors de tout ferment organisé, autre que les microzymas, et distincte de la putréfaction véritable et ordinaire des œufs couvés;

5° L'acidification du blanc est due exclusivement au mycélium de la moisissure, et non au jaune, dont la membrane a été trouvée impénétrable, du devant au dehors, pour des microzymas; elle est corrélative à la destruction du glucose;

6° Les œufs n° 4 et n° 5 contiennent des bactéries, sans qu'il y ait véritable putréfaction, et malgré l'état intact de la membrane;

7° La production des bactéries, que nous avons constatée dans le jaune, ne saurait provenir de la pénétration, à travers la membrane du jaune, des individus observés ou de leurs germes, soit avant la ponte, soit après, car cette membrane est impénétrable; mais elle résulte de l'évolution des microzymas normaux du jaune, qui se transforment d'abord en microzymas accouplés et articulés, puis en bactéries, et évoluant en dehors de tout élément figuré extérieur et par la seule influence du changement de milieu. »

M. Chevreul se livre à une appréciation des procédés méthodiques de Lavoisier.

M. Bouchut lit une note sur la numération des globules du lait pour l'analyse du lait de femme et dans le choix des nourrices. Il montre comment il est possible de remonter du nombre des globules au poids approximatif de la quantité de beurre par litre de lait, et même de déterminer, à deux degrés près, la densité de ce liquide.

Nous y reviendrons s'il y a lieu. — M. L.

Éphémérides Médicales. — 17 Novembre 1713.

Louis-François Dutal meurt à Paris, et est enterré à Saint-Benoît, dans la nef. Il n'avait que 39 ans. Il appartenait à l'École de médecine de Paris, et y avait été coiffé du bonnet doctoral le 11 janvier 1701. — A. Ch.

FORMULAIRE

Injection antiblennorrhagique. — Mauriac.

Sulfate de zinc.	1 gramme.	
Acide tannique	1 —	
Sous-nitrate de bismuth.	} *àà.*	2 —
Laudanum de Sydenham.		
Hydrolat de roses	100 —	

Faites dissoudre. — Trois ou quatre injections par jour

Quand la blennorrhagie est passée à l'état chronique, l'auteur prescrit, de préférence, l'injection suivante :

Sulfate de zinc.	ãã. . .	0 gr. 50 centigr.
Sulfate d'alumine		
Laudanum de Sydenham		1 gramme.
Hydrolat de roses.	ãã. . .	50 —
Vin rouge		

Faites dissoudre. — N. G.

COURRIER

Troubles de la Faculté. — Ces troubles se sont réduits à une petite échauffourée. A sa première leçon, M. Chauffard, accueilli par des manifestations hostiles de diverses sortes, a quitté la salle au bout de peu d'instants. Dans la leçon suivante, le cours avait été transféré dans le petit amphithéâtre, où ont été seuls admis les élèves de quatrième année sur présentation de leur carte. Trente à quarante étudiants ont assisté à cette leçon, qui a pu être faite comme à l'ordinaire. (*Gaz. hebdom.*)

Enseignement à la Morgue. — Nous lisons dans la *Gazette hebdomadaire* de ce jour : « La Faculté s'est réunie aujourd'hui jeudi pour délibérer sur le projet d'un cours pratique à la Morgue. Nous apprenons qu'elle s'est prononcée pour de simples conférences. »

Le corps de santé de la marine. — Par décret en date du 6 novembre 1877, rendu sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus dans le corps de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 15 novembre.)

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants : Hervé (Henri-Marie-Victor). — Québec (Guillaume-Jules-Marie). — Trabaud (Joseph-Jean-Baptiste). — Le Quément (Jules). — Duval (Pierre-Emmanuel-Marie). — Bourdon (Gaston-Ernest-Raphaël-Marie). — Fortoul (Joseph-Edmond-Marius-Édouard). — Zimmer (Charles-Benjamin). — Petit (Paul-Marie-Alphonse). — Bazin (Charles). — Pungier (Amateur-Jean-Marie). — K/grohen (Joseph-Louis-Marie-Anne). — Randon (Ludovic-Jacques-Maxime). — Augier (Pierre-Lucien). — Lantier (Georges). — Chevalier (Henri-Gabriel). — Le Franc (Arsène-Marie-Antoine). — Giraud (Émile-Médéric). Machenaud (Mathurin-Gabriel). — Échalier (Albert-Joseph). — Giraud (Ernest). — Gazeau (Henry-Benjamin-Paul-Emmanuel). — Lahoulle (Paul-Désiré-Ange-Marie). — Ourse (Calixte-Paul-Raphaël). — Haueur (Henri-Jean-Baptiste). — Rétaud (Henri-Jean-Baptiste). — Rétaud (Louis-Jules). — Bonnaud (Paul). — André (Lucien-Honoré-Marie). — Martin (François-Louis). — Rabut (Jean-Jacques-Toussaint). — Arène (Etienne-Julien-Maurice). — Retière (Ferdinand-Louis). — Chabert (Joseph). — Libouroux (Aimé-Marie-Jean-Baptiste). — Aubry (François). — Couillebault (Léopold-Ernest). — Bridot (Jean-Baptiste-Louis-André-Auguste). — Chassériaud (Paul-Henri). — Orgeas (Joseph-Onésime). — Bourguignon (Louis-Emile-Paul). — Micholet (Paulin-Louis-Théophile). — Vaquié (Arnaud). — Martin (Jean-Baptiste-Antoine). — Ferré (Pierre-Albert). — Mestayer (Jean-Léopold). — Jouanne (Emile-Elie). — Guilmoto (Joseph-Jules-Marie). — Arbaud (Achille-François). — Deboffe (Louis-Lucien). — Laborde (Armand-Daniel). — Garnier (Louis-Joseph). — Dubois (Epaminondas-Georges-Ambroise). — Suquet (Luis-Flavius). — Henry (Jules-Médéric-Désiré). — Besson (Pierre-Louis). — Nogues (Louis-Edmond). — Alliot (François-Auguste). — Rambault (Gaston-Aristide).

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. les pharmaciens de 2e classe : Taillotte (Auguste-Joseph-Victor). — Lapeyrère (Joseph-Henri-Jean). — Cazalis (Théophile). — Signoret (Léon-Louis-Victor).

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les aides-pharmaciens : Durand (Marie-Charles-Mathieu). — Cavalier (Lazare-Louis). — David (Léopold-Auguste).

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants : de Beaudean (Alphonse-Étienne-Paul. — Vilazel (Émile-Eugène). — Launois (Isidore-Adolphe). — Réland (Louis-Albert-Joseph). — Cavallier (Charles-François).

École pratique. — M. le docteur Labadie-Lagrave commencera son cours de *pathologie interne*, lundi prochain 19 novembre, à trois heures (amphithéâtre n° 1), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il traitera, en premier lieu, des *maladies du cœur.*

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE TRAITÉ PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 juillet 1877,

Par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous avons eu récemment l'occasion de traiter, par l'électro-puncture, dans notre service de l'hôpital Saint-Antoine, un homme atteint d'anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte; il nous a paru intéressant de publier cette observation et de montrer les avantages que l'on est en droit d'obtenir de ce mode de traitement.

L'application de l'électrolyse à la cure des anévrysmes est de date récente; entrevue par Pravaz, essayée par Liston et par Girard en 1838, elle a été faite, pour la première fois, par Petrequin, de Lyon, qui, en 1845, traita avec succès par ce moyen un anévrysme traumatique de l'artère temporale; de 1845 à 1849, Petrequin compléta sa méthode, en la limitant toutefois au traitement des anévrysmes chirurgicaux, et en fit le sujet de mémoires importants (1).

Pendant que ces faits se produisaient en France, une commission médicale, formée en 1846, en Italie, par Stambio, Guaglino, Tizzoni et Restelli, étudiait sur les animaux l'action coagulante des courants électriques. Ces expérimentateurs montrèrent que, tandis que le pôle négatif d'un courant électrique continu introduit dans une artère ne jouit d'aucune propriété coagulante, le pôle positif, au contraire, est le point de départ d'une coagulation qui, d'abord incomplète, devient assez solide au bout de quelque temps pour oblitérer un vaisseau artériel de gros calibre, l'artère carotide, par exemple. Ils remarquèrent aussi que la coagulation est plus rapide et plus complète dans les vaisseaux où la circulation se fait librement que dans ceux où des ligatures arrêtent le courant sanguin.

C'est en se basant sur ces expériences que Ciniselli établit, en 1856, la nouvelle

(1) Voyez article Anévrysme du *Dictionnaire en 25 volumes*, 1838; Petrequin, Académie des sciences, octobre 1845; *Gaz. méd. de Paris*, juillet 1846; *Bull. de thérap.*, t. XXXI, p. 65; *Gaz. méd. de Montpellier*, septembre 1846; *Bull. de thérap.*, t. XXXI, p. 294; *Bulletin* de l'Académie de médecine, 1849; *Bull. de thérap.*, t. XXXII, p. 123.

FEUILLETON

LES COQUELEUX DE LILLE.

Nous empruntons l'article suivant au dernier numéro du *Bulletin de la Société protectrice des animaux* :

En Flandre, on nomme coqueleux ou coquelets les amateurs de combats de coqs.

Figurez-vous le plus ignoble cabaret dans un quartier populeux de Vazemmes, grosse commune nouvellement annexée à la ville de Lille; une masure en bois, moisie, déhanchée, disloquée, rapiécée de vieux panneaux de caisses; par une porte sordide, basse, vitrée de petits carreaux crottés et voilés d'une guenille, on descend, on glisse dans un bouge meublé d'un comptoir en zinc, de quelques bancs boiteux et de deux longues tables quadrangulaires trouées, raboteuses, imbibées de résidus de bière; derrière le comptoir, des canettes d'étain ternies et des bouteilles de genièvre ou d'absinthe s'étagent sur quelques planches. C'est là qu'on m'a adressé dimanche dernier pour voir un grand combat de coqs, le sport cher au populaire flamand.

A peine descendu dans cette espèce de hangar boueux qui se pare d'une enseigne d'estaminet, je suis suffoqué par un épais nuage de tabac, à travers lequel j'entrevois une cinquantaine d'individus, la plupart debout, serrés les uns contre les autres, fumant et vidant des verres de bière ou de genièvre; les uns sont en blouse de toile bleue, d'autres médiocrement endimanchés de vestes ou de paletots.

méthode de traitement des anévrysmes de l'aorte, méthode qui consiste à obtenir la coagulation de ces anévrysmes par l'électro-puncture; grâce aux renseignements précis qu'il a fournis sur le manuel opératoire, grâce aussi aux indications cliniques qu'il a formulées, Ciniselli (1), que l'on doit considérer comme l'inventeur de cette nouvelle méthode de traitement, a rendu l'application de l'électrolyse à la cure des anévrysmes de l'aorte une opération relativement facile et qui a déjà été appliquée soit par lui, soit par d'autres médecins italiens, plus de quarante-cinq fois. Nous devons, à cet égard, remercier tout particulièrement le docteur Bacchi, qui non-seulement a bien voulu nous tenir au courant de la pratique italienne, mais encore nous aider de ses conseils pendant l'opération, qu'il avait vu plusieurs fois déjà pratiquer en Italie.

Voici comment procède Ciniselli : il emploie une pile fort complexe, qui porte son nom, et dont l'action chimique du courant est mesurée de la façon suivante : cette pile, à courant constant, donne 2 centimètres cubes de gaz en cinq minutes, en décomposant de l'eau acidulée avec un trentième de poids d'acide sulfurique du commerce.

Les aiguilles qu'il fait pénétrer dans la tumeur sont en fer poli, et ce n'est que dans ces derniers temps qu'il a conseillé de les revêtir, dans une certaine étendue, d'un enduit protecteur. Ces aiguilles ont, au maximum, 1 millimètre de diamètre, et une fois qu'elles ont pénétré dans la tumeur, voici comment Ciniselli dirige les courants : il applique sur la première aiguille le courant positif, tandis que le pôle négatif est placé à l'extérieur sur un point du thorax proche de l'anévrysme; au bout de cinq minutes, il remplace le pôle positif par le pôle négatif, et place alors le premier de ces pôles sur la seconde aiguille; cinq minutes après, nouvelle

(1) Voir et comparer : *Sulla elettro puntura, nella cura degli aneurismi.* Studi ed osservazioni del dottor Ciniselli, Cremona, 1856. — *Sul processo operativo dell' elettro puntura nella cura degli aneurismi dell' aorta,* pel dottor Ciniselli (*Annali universali di medicina,* novembre 1870).— *Aneurisma dell' aorta trattato coll' elettro puntura* (*Giornale della R. Academia di Torino,* 1873). — *Sopra alcuni aneurismi dell' aorta toracica osservati dosso* il 1870; dal dottor Ciniselli (*Galvani,* 1873, Gennaio). — *Sulla elettroliti considerata negli esseri organizzati, ecc., Galvani,* 1874, fasc. IV et V.—*Dimostrazione di alcuni coaguli elettrici trovati in aneurismi trattati coll' elettro puntura e presentazione dei relativi pezzi del dottor Ciniselli.* (*Estratto dal retocouto degli argomenti scientifico pratici dal trattati Comitato medico cremonette,* nel 1876). — Cristoforis, *Annali universali di med. e chir.,* avril 1875. — Franzolini, *Giornale venete di sc. med.,* janvier 1877, p. 3. — Guido Bini, *l'Imparziale,* 15 mai 1877, p. 257.

Je demande à la vieille sorcière qui fait l'office de dame de comptoir s'il est possible d'assister au combat de coqs.

— Certainement, monsieur, ça va commencer, prenez votre cachet.

Un garçon d'assez bonne mine m'offre un ticket en zinc frappé d'un numéro, et réclame la somme de 25 centimes; un autre qui paraît à moitié ivre m'offre de boire en bon camarade un verre de bière avec lui; je m'excuse de mon mieux. J'attends quelques minutes, une porte s'ouvre et tout le monde se précipite dans une petite cour, puis dans une plus grande, séparée de la voie publique par une mauvaise clôture en planches. Dans la grande cour est l'arène préparée pour le combat : c'est une enceinte d'environ 2 mètres carrés, circonscrite par des planches à la hauteur d'environ 60 centimètres, et qui rappelle l'enclos des concours de chiens ratiers qu'on voit quelquefois à Paris. Les spectateurs arrivés les premiers se pressent contre l'enceinte sur deux ou trois rangs, les pieds dans la boue; les derniers venus sont par derrière, montés sur une estrade branlante composée de quelques barriques debout supportant des planches.

La plupart des assistants connaissent les oiseaux qui vont entrer en lice et les paris s'engagent. On désigne les combattants par le nom des éleveurs qui les ont apportés : « 2 francs pour Vanberq ! 5 francs pour Chifmann ! 1 franc pour Chifmann ! 3 francs pour Vanberq ! etc. » Le parieur lance adroitement son enjeu dans la main de celui qui tient contre lui : c'est un chassé-croisé de pièces blanches passant incessamment par-dessus l'enceinte. Après un quart d'heure consacré au feu des paris, les deux coqs sont apportés chacun par son propriétaire dans un grand sac de toile, et déposés sur l'arène. Ce sont des élèves de 10 à 12 mois, grands, vigoureux et bien emplumés, de la belle espèce multicolore des basses-cours. Leurs ergots sont prolongés d'éperons épineux, très-aigus, en acier, longs de 4 centimètres. Ces éperons

modification des courants, le pôle négatif est appliqué sur la seconde aiguille, tandis que le pôle positif est placé sur la troisième, et ainsi de suite, de telle sorte que, par chaque aiguille, on fait passer alternativement un courant positif et un courant négatif, en ayant soin de toujours commencer par le courant positif.

Les résultats obtenus par cette méthode sont les suivants : sur les trente-huit cas ainsi traités, on n'a jamais obtenu une guérison absolument radicale; mais, dans vingt-sept cas, les malades ont été assez améliorés pour reprendre pendant des mois et des années leurs occupations plus ou moins fatigantes; jamais on n'a observé d'accidents graves pendant l'opération (1).

En 1861, le docteur Tripier (2) a conseillé de modifier le procédé de Ciniselli, et au lieu d'implanter les deux électrodes dans la tumeur, de piquer seulement, au centre de celle-ci, l'électrode positive autour de laquelle se forme le caillot, tandis que l'électrode négative, au niveau de laquelle se produisent surtout la douleur et la contracture, devait aboutir à un excitateur humide plus ou moins large, appliqué extérieurement à la tumeur sur une partie voisine.

En Angleterre, la pratique de Ciniselli a été aussi mise en usage; Allford Abbutt, Duncan, Fraser, Charlton Bastian, Brown, etc. (3), ont employé ce mode de traitement; mais c'est à Anderson (1873) que l'on doit les travaux les plus complets sur ce sujet. Anderson insiste sur les précautions suivantes : il veut que les aiguilles soient aussi fines que possible, et qu'elles soient munies d'une couche isolante dans les parties qui ne pénètrent pas dans la tumeur; il veut aussi, comme le docteur Tripier, que le courant soit faible et que le pôle positif soit seul appliqué sur les aiguilles, le pôle négatif, au contraire, devant toujours être placé à l'extérieur; c'est pour lui une condition absolue de succès.

(1) Dans une lettre adressée au docteur Bacchi, le professeur Ciniselli donne la statistique suivante : Dans 38 cas d'anévrysme de l'aorte opérés par l'électro-puncture, 11 fois la guérison temporaire s'est prolongée pendant 4 ans, 27 mois, 23, 21, 17, 16, 7, 7, 6, 4, 1 mois. Dans 7 cas, l'amélioration persiste encore aujourd'hui, et dure encore depuis 28, 16, 12, 8, 6, 3, 3 mois. Enfin, dans 11 cas, l'opération n'a pas donné de résultat.

(2) Tripier. *Manuel d'électrothérapie,* 1861.— *Application de l'électricité à la médecine et à la chirurgie*, 1874, p. 83.

(3) Voir et comparer : Anderson, *Lancet,* 13 juin 1870; *British Med. Journ.*, 1875; *British Med. Assoc.*, 1875; *Journ. de thérap.*, 1875, p. 728. — Charlton Bastian, *British Med. Journ.*, 22 et 29 novembre 1873, p. 594 et 620; *Rev. des sciences méd.,* t. III, p. 695. — Brown, *The Lancet*, 23 avril 1873, p. 264; *Rev. des sciences méd.*, t. III, p. 697.

---

sont adaptés aux ergots par une coquille en fer à laquelle ils sont soudés, et cette coquille est elle-même solidement fixée par un ruban de laine enroulé sur la patte.

Dès que les deux oiseaux se reconnaissent, leurs plumes se hérissent, ils se font face en baissant la tête, puis bondissent l'un et l'autre avec furie; leurs pattes redressées présentent en avant les pointes aiguës des éperons qu'ils s'envoient réciproquement dans le col et dans le thorax en retombant : c'est un duel au poignard. Déjà les plumes ensanglantées qui voltigent font voir que les coups ont porté, mais les deux adversaires n'ont rien perdu ni de leur force ni de leur ardeur. Ils s'élancent à chaque instant l'un contre l'autre comme poussés par la détente de ressorts métalliques; bientôt l'un des combattants semble faiblir, il tombe, il s'étale par terre, et l'autre s'acharne à lui déchirer la crête et tâche de lui crever les yeux à coups de bec; mais l'oiseau couché sur le sol est à l'abris des coups d'éperon; il reprend haleine; après un répit d'une demi-minute, il se redresse et bondit avec une vigueur nouvelle contre son rival.

Enfin, il vient de recevoir un coup décisif : le pauvre animal fléchit subitement et se débat dans l'agonie, il est vaincu. « Vanberq a gagné! Chifmann a perdu! » Les coqueleux emportent les deux champions, l'un mort, l'autre cruellement blessé; les parieurs vont régler leurs comptes, boire des chopes de bière et fumer des pipes au cabaret où la vieille sorcière attend leurs gros sous. Les comptes réglés, les chopes bues et les pipes fumées, au bout d'un quart d'heure ils reviennent. Nouveaux paris, nouveaux combattants, nouvelles émotions passionnées des assistants. Quelquefois l'un des coqs, après quelques blessures, lâche pied, renonce au combat et se met en fuite; dès qu'il a fait deux fois le tour de l'arène en se laissant poursuivre, il est déclaré vaincu. Le triomphateur et le fuyard sont réintégrés chacun de leur côté dans leur sac, et tout le monde rentre au cabaret pour régler les comptes, boire et

En Amérique, H. Bowditch, de Philadelphie (1), considère l'électrolyse comme la seule méthode de traitement pouvant donner des résultats favorables, dans les anévrysmes de l'aorte; il n'insiste pas sur la direction des courants; il reconnait cependant que le pôle positif donne seulement une coagulation durable. Enfin, disons qu'en Allemagne, en 1875, Franz Fischer (2) (de Pforzheim) a appliqué l'électrolyse dans un cas d'anévrysme très-avancé de la crosse de l'aorte, et qu'il a employé les règles prescrites par Anderson.

Cette rapide énumération des applications de l'électrolyse à la cure des anévrysmes de l'aorte dans différents pays serait incomplète, si nous ne signalions ici un fait que nous devons à l'obligeance de notre maître M. le docteur Bernutz, qui nous a fait connaître qu'en 1849 il avait vu appliquer, par Piedagniel, sur un malade, ouvrier de Charrière, l'électrolyse pour un cas d'anévrysme de l'aorte. L'appareil électrique employé était une machine à courant interrompu de Breton. On fit passer ce courant dans la tumeur, et le malade fut assez amélioré pour reprendre son travail de forgeron; mais, quinze jours après, il succombait subitement. Cette observation n'a jamais été publiée; d'ailleurs, elle était incomplète, car l'autopsie n'a pu être faite. Quoi qu'il en soit, il est important de noter cette tentative hardie, la première qui ait été faite en France.

C'est en nous basant sur tous ces travaux que nous avons songé à appliquer, dans le cas suivant, la méthode de l'électrolyse. Voici, d'ailleurs, l'observation de notre malade, recueillie par notre interne, M. Paul Boncourt.

Anévrysme de la portion ascendante de l'aorte. Insuffisance aortique. — Le nommé Guilley, âgé de 36 ans, cuisinier, entre le 17 mars 1877 dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, salle Saint-Lazare, n° 9. Voici les renseignements que fournit le malade sur les circonstances qui nécessitent son entrée à l'hôpital :

Cet homme a joui jusqu'ici d'une bonne santé, il n'a jamais eu de rhumatismes, pas de syphilis et, suivant son dire, il n'aurait jamais fait d'excès alcooliques. Du côté de ses parents, sa mère est encore bien portante; quant à son père, il est mort d'une apoplexie cérébrale.

A quatorze ans, il aurait éprouvé tous les symptômes qui caractérisent une néphrite paren-

(1) Henry Bowditch, *Philadelph. Med. Times*, février 1876; *Jour. de thérap.*, 1876, p. 681; *The Boston med. and surg. Journ.*, janvier 1876.

(2) Franz Fischer (de Pforzheim), *Berlin klin. Wochens*, 8 et 15 novembre 1875, n°s 45 et 46, p. 607 et 609, et *Revue des sc. méd.*, t. VII, p. 559.

---

fumer, et ainsi de suite pendant deux ou trois heures, tant que les éleveurs ont des combattants à se proposer.

Je dois dire que je n'ai pas assisté à la fin de la joute sanglante des oiseaux. Les coqueleux, dont les têtes s'étaient échauffées de bière et de genièvre, ont cessé de s'entendre amicalement pendant le cours du troisième combat, et l'interprétation d'une fuite a suscité l'*ultima ratio* des goujats. Je me suis esquivé dès les premiers coups de pied qu'on s'administrait assaisonnés de coups de poing et dont je redoutais les éclaboussures.

Les assistants mâles, jeunes ou vieux, tous ouvriers, étaient au nombre de quatre-vingts. Je ne compte pas quatre filles et une dizaine d'enfants qui avaient obtenu des entrées de faveur et qui ne pariaient pas. Le droit d'entrée à 25 centimes par personne a dû produire une vingtaine de francs; cette recette est partagée entre les éleveurs qui apportent les oiseaux. La cabaretière, qui prête le terrain, est amplement rémunérée par le bénéfice des consommations.

D'après le calcul que j'ai pu faire, les enjeux de chaque combat se sont élevés à 30 ou 40 francs. Comme il y a eu quatre engagements successifs, le total des enjeux a dû être de 150 francs environ pendant la durée totale de la séance.

Il existe à Lille, au dire de quelques ouvriers que j'ai interrogés, au moins cinquante cabarets où l'on se donne ce genre de plaisir. On assure que les enjeux sont quelquefois considérables, et qu'il n'est pas rare de voir engager plus de 1,000 francs parmi les témoins d'un seul combat. Les rixes sont, paraît-il, extrêmement fréquentes.

Je recommande ce spectacle à M. le Président de la Société protectrice des animaux. Rien n'est, à mon avis, plus odieusement cruel, rien ne peut habituer plus sûrement les yeux à la méchanceté, à la colère, aux luttes furibondes, au sang, à la mort; et c'est l'amusement hebdomadaire d'un grand nombre d'ouvriers qui y conduisent leurs enfants, leurs filles!

chymateuse, les urines étaient rares, il aurait eu un œdème généralisé; pendant près de six mois, le malade serait resté alité.

Il y a quatre ans, cet homme, qui habitait Montevideo depuis plus de dix ans, fit une chute violente sur le côté droit de la poitrine au niveau de la région mammaire; il n'y eut pas d'ecchymose et la douleur disparut au bout de quelques jours. Il y a deux ans, sans cause appréciable, il survint une douleur sourde dans le côté droit de la poitrine, et qui s'irradiait dans les bras et surtout dans celui du côté droit; à ces douleurs se joignirent bientôt des palpitations assez intenses pour faire osciller le siége sur lequel il était assis; ces palpitations augmentaient sous l'influence des émotions ou des efforts. Bientôt il ne lui fut plus possible de se livrer à aucun travail pénible, et lorsqu'il était couché sur le côté gauche il éprouvait immédiatement une dyspnée des plus intenses. Puis, il y a à peu près un an, le malade observa une voussure plus marquée du côté droit de la poitrine, au niveau des quatrième et cinquième côtes. La voix devint sourde, il eut de la difficulté à avaler et les douleurs névralgiques augmentèrent d'intensité; tous ces symptômes, que les médecins de Montevideo attribuèrent à un anévrysme de l'aorte, forcèrent le malade à quitter cette dernière ville le 12 janvier 1877, et il arrivait à Bordeaux le 4 février. A peine débarqué dans cette ville, il entrait à l'hôpital, dans le service du docteur Burguet, salle 14, n° 4. On appliqua de la glace sur la tumeur de la poitrine et l'on donna l'iodure de potassium; ce traitemement amena une amélioration notable dans le volume de la tumeur, mais détermina une bronchite assez forte pour faire cesser l'emploi de la glace. Il quitta Bordeaux pour venir à Paris, et voici dans quel état nous le trouvons lors de son entrée à l'hôpital:

C'est un homme de taille moyenne, portant toute sa barbe et ayant la pâleur des individus atteints d'affection aortique; la respiration est fréquente, précipitée, et l'on voit que le moindre effort augmente chez lui cette dyspnée. Le thorax est soulevé par les battements, et on constate, à première vue, l'existence d'une voussure manifeste à la droite du sternum au niveau des troisième, quatrième et cinquième côtes, et qui s'étend jusqu'à la région mammaire; dans toute l'étendue de cette voussure on observe des battements expansifs très-visibles à l'œil nu et qui sont surtout marqués dans le troisième espace intercostal.

Si l'on vient à appliquer la main sur la tumeur, on la voit soulevée par des battements énergiques et rhythmés comme ceux du cœur. La percussion donne une matité qui s'étend dans toute l'étendue de la tumeur et qui se confond par sa partie inférieure avec la matité du foie; l'auscultation permet d'entendre un bruit de souffle double et beaucoup plus marqué au second bruit qu'au premier; ce bruit a son maximum de densité au niveau du troisième espace intercostal, à 1 centimètre du bord droit du sternum, et il se prolonge d'ailleurs dans toute l'étendue de la tumeur. Enfin, pour compléter ces renseignements, disons que la pression est douloureuse surtout au niveau du quatrième espace intercostal.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal et au dehors de la ligne abaissée du mamelon : le volume de cet organe est augmenté, et lorsqu'on l'ausculte on constate qu'il

---

Je m'adresse aussi aux magistrats. Vraiment je ne puis concevoir que de pareilles infractions publiques aux lois du pays soient tolérées. La loi Grammont ne réprime-t-elle pas les cruautés commises envers les animaux? Est-il besoin de se livrer à de longs raisonnements pour démontrer qu'il est cruel de mettre en présence ces belliqueux oiseaux, après les avoir armés pour un combat mortel? Et la loi qui défend les jeux de hasard n'est-elle pas ouvertement violée par ces paris, où de malheureux ouvriers viennent exposer le fruit de leur travail, le pain de leurs enfants?

Dr J. Jeannel.

Laboratoire d'ophthalmologie. — Ce laboratoire, qui fait partie de l'École des hautes études, vient d'être installé à la Sorbonne, et est exclusivement consacré aux recherches.

Les docteurs, les internes et, en général, les personnes qui présentent des garanties scientifiques suffisantes peuvent se faire inscrire, dès maintenant, soit à la Sorbonne, soit chez MM. Javal et Landolt, directeurs du laboratoire.

Hôpital de la Pitié. — *Cours de clinique médicale.* — M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses cours de clinique médicale, dans cet hôpital, le samedi 24 novembre 1877, à neuf heures du matin (amphithéâtre n° 3).

Mardi et *samedi* : Leçons à l'amphithéâtre. (Les questions relatives à l'hygiène et à la médecine légale seront traitées avec une attention toute particulière, chaque fois qu'il se présentera une occasion de les aborder.)

Jeudi : Examen au spéculum et consultation spéciale pour les maladies des femmes.

Tous les matins : Visite et interrogatoire des malades par les élèves (salle Saint-Athanase et salle du Rosaire).

existe à la base du cœur et le long de l'aorte un bruit de souffle au second temps, des plus marqués. La percussion ne permet pas de reconnaître le degré de dilatation de l'aorte; le pouls est rebondissant, il est égal des deux côtés et présente tous les caractères que l'on a assignés au pouls de Corrigan.

En dehors de ces symptômes locaux, le malade ne présente aucun trouble du côté de la poitrine; à l'auscultation, on perçoit en arrière, du côté droit, les bruits de souffle que l'on a notés à la partie antérieure de la poitrine. Le foie n'est pas augmenté de volume et les fonctions du tube digestif s'accomplissent avec une régularité parfaite. Pas d'œdème du côté des extrémités.

La tumeur anévrysmatique, en dehors de la dyspnée qu'elle provoque et des battements douloureux dont elle est le siége, détermine des symptômes de voisinage qu'il est important de noter. La douleur sternale se prolonge dans les bras et en particulier dans le bras droit; la raucité de la voix et la dysphagie sont intermittentes et apparaissent à des époques indéterminées.

Tous ces symptômes mettent le malade dans l'impossibilité de faire le moindre effort, c'est à peine s'il peut descendre pour aller dans le jardin et faire quelques pas; il reste le plus souvent immobile, étendu sur son lit et dans le décubitus dorsal.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE

DE L'EMPLOI DU SULFATE D'ATROPINE CONTRE LES SUEURS PATHOLOGIQUES ET NOTAMMENT CONTRE LES SUEURS NOCTURNES DES PHTHISIQUES (1).

Dans la séance de l'Académie de médecine du 6 novembre dernier, M. le professeur Vulpian, membre de l'Institut, a attiré l'attention de l'assemblée sur un travail fort intéressant au point de vue thérapeutique. Ce travail, essentiellement pratique, inspiré par lui, et dont les faits ont été recueillis dans son service d'hôpital, sera certainement accueilli avec faveur par tous les praticiens; il s'agit de l'emploi du Sulfate d'Atropine contre les sueurs pathologiques, et notamment les sueurs nocturnes matutinales des phthisiques. Quel médecin n'a été appelé à voir combien ce symptôme est pénible pour les tristes victimes de la tuberculose, en même temps qu'il hâte le dénouement fatal!

« On sait, dit M. Vulpian, l'inefficacité de tous les moyens employés jusqu'ici pour com- « battre les sueurs pathologiques, en particulier celles des phthisiques. Or, à l'aide du sul- « fate d'atropine donné en pilules d'un demi-milligramme, on parvient *sûrement* à prévenir « les sueurs nocturnes de ces malades, et c'est sur une centaine de cas, a-t-il ajouté, que le « sulfate d'atropine lui a constamment réussi. »

Les principales observations ont été recueillies par M. le docteur I. Royet, qui a pris ce point de thérapeutique pour sujet de sa thèse inaugurale (2). C'est dans ce travail fort consciencieusement fait et remarquable à tout point de vue que nous avons puisé les éléments de la question qui fait l'objet de ce résumé et qui intéresse à un si haut degré le Corps médical.

« C'est dans le service de M. Vulpian, dit le docteur Royet, que nous avons vu administrer le « sulfate d'atropine contre les sueurs. Ce savant professeur l'a employé, pour la première fois, « en 1873, sur les indications de plusieurs médecins étrangers : M. Wilson, en Amérique; « M. Sydney Ringer, en Angleterre; M. Frœntzel, en Allemagne. Jusque-là il employait les « moyens ordinaires : l'agaric, le tannin, le tannate de quinine, et il obtenait ainsi, comme tout « le monde, des résulats quelquefois favorables, plus souvent nuls ou insignifiants. Dès qu'il eut « essayé le sulfate d'atropine, il en reconnut vite la supériorité sur tous les moyens précé- « dents. Aussi les a-t-il complétement abandonnés depuis; il n'emploie plus que le sulfate « d'atropine. Ce médicament est pour lui le remède des sueurs, comme le sulfate de quinine est « le remède des fièvres intermittentes. Tous ceux qui fréquentent son service ont pu souvent « en admirer les merveilleux effets; il ne se passe guère de semaine sans que M. Vulpian « s'arrête près du lit de quelques malades pour les faire remarquer aux assistants. Quant à « nous, nous avons été pendant trois ans témoin de succès nombreux. Ces succès nous ont « convaincu que le sulfate d'atropine est le plus puissant et le plus sûr des antisudorifiques. « La forme la plus commode pour administrer ce médicament est la forme pilulaire; M. Vulpian « prescrit des Pilules d'un demi-milligramme chacune. »

En raison de l'action très-énergique du sulfate d'atropine, il est indispensable, pour le médecin comme pour le malade, de pouvoir compter sur un médicament pur, inaltérable,

(1) Voir l'UNION MÉDICALE du 8 novembre 1877.

(2) Thèse présentée et soutenue le 8 août 1877.

toujours identique dans sa composition et très-exactement dosé. C'est pour atteindre ce but que le Docteur Clin prépare des Pilules contenant chacune un demi-milligramme de sulfate d'atropine et réunissant les conditions indispensables pour l'emploi de ce médicament.

« *Doses quotidiennes.* — Certains malades sont extraordinairement sensibles à l'action du sulfate d'atropine, il est prudent de commencer par des doses faibles. Le premier jour on fera bien de se contenter d'une pilule pour tâter la susceptibilité du malade. Cette seule pilule ne suffit presque jamais; il faudra, s'il n'y a pas eu d'accidents la veille, prescrire deux pilules dès le lendemain. Souvent deux pilules produisent l'effet désiré; mais si, par hasard, au bout de trois ou quatre jours cet effet n'est pas produit, il faut en porter le nombre à trois. Il est tout à fait rare qu'il soit nécessaire de dépasser ce nombre, cette nécessité ne s'est présentée qu'une fois chez une femme hystérique : il a fallu lui donner jusqu'à quatre et cinq pilules. M. Vulpian insiste beaucoup sur la nécessité d'arriver anx doses voulues pour le sulfate d'atropine comme pour les autres médicaments : souvent on ne réussit pas, uniquement parce que les doses sont trop faibles.

« *Moments de l'administration* — Ces moments sont loin d'être indifférents. Pour agir sûrement, le sulfate d'atropine doit être pris quelques heures avant le moment présumé des sueurs. Si on ne prend qu'une pilule, on la prendra, autant que possible, deux ou trois heures avant l'arrivée des sueurs, à huit ou dix heures du soir, par exemple. Si on en prend deux, la deuxième sera prise comme tout à l'heure, la première au moins deux heures auparavant. Cet intervalle est nécessaire pour éviter les accidents d'intoxication. Si on en prend trois, on en prendra deux comme précédemment et la troisième deux heures avant ou même dans la matinée. Si, par hasard, on donnait plus de trois pilules, il faudrait bien se garder de les donner à des intervalles rapprochés; on les distribuerait dans la journée à des intervalles à peu près égaux.

« *Durée de l'administration.* — Le nombre de jours pendant lesquels on devra administrer le sulfate d'atropine variera naturellement suivant les résultats obtenus. Il arrive souvent que les sueurs cessent dès le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on a donné deux pilules, mais il ne faut pas les supprimer immédiatement, autrement les sueurs ne tarderaient pas à reparaître. On continuera les pilules pendant quelques jours encore; si, au bout de quatre ou cinq jours, l'effet se maintient, on en diminuera le nombre d'abord, et deux ou trois jours après, on les supprimera complétement. En moyenne, pour avoir des résultats durables, il faut administrer le médicament une dizaine de jours. Cependant, il est des cas qui exigent un temps bien plus long. Il ne faut pas se décourager, parce qu'on ne réussit pas d'emblée ; la persévérance est quelquefois nécessaire.

« Nous venons de mettre en garde contre la faute d'une administration trop courte, mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès contraire et administrer trop longtemps; le malade s'accoutumerait au sulfate d'atropine et deviendrait moins sensible à son action.

« Que faire dans le cas où les sueurs se reproduisent quelques jours après la suppression des pilules?

« La conduite à tenir est bien simple : il faut redonner les pilules, les redonner autant de fois que les sueurs se reproduisent.

« Une dernière remarque : L'emploi du sulfate d'atropine n'empêche pas d'employer les autres médicaments qui sont utiles au malade. On peut, comme le fait M. Vulpian, administrer en même temps aux phthisiques les potions opiacées, l'arsenic, etc. ; aux rhumatisants, le sulfate de quinine, le bicarbonate de soude, etc. Ces substances ne sont point incompatibles avec le Sulfate d'Atropine. »

BIBLIOTHÈQUE

CLINIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ, par Th. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc. Un volume in-8° de XLIV-635 pages, avec 25 figures intercalées dans le texte. Paris, 1877; J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

(Suite et fin. — Voir l'UNION MÉDICALE des 6 et 13 novembre.)

M. Gallard a abordé bien d'autres sujets, qu'il a traités avec moins de développement, mais à propos de chacun desquels il a mis en relief une ou plusieurs particularités importantes. C'est ainsi que, dans une leçon sur l'auscultation, qui nous rappelle un sujet aussi bien étudié autrefois qu'il est négligé maintenant, le professeur cherche à analyser le siége et la nature de certains bruits pour en arriver à conclure qu'ils sont produits plutôt par l'épaississement de la plèvre que par l'induration du tissu pulmonaire.

C'est ainsi qu'à propos de la chlorose et de ses rapports avec la phthisie pulmonaire, il établit que cette dernière n'est pas aussi fâcheusement influencée par l'emploi des prépara-

tions ferrugineuses que l'a enseigné Trousseau, et que beaucoup de nos confrères le croient encore, sur la foi de cet illustre maître.

L'*anévrysme artérioso-veineux* faisant communiquer l'*aorte* avec la *veine cave supérieure* est une lésion anatomique assez rare pour qu'il n'en existe pas plus de neuf exemples consignés dans les annales de la science. Comme, sur ces neuf cas, deux ont été observés par M. Gallard lui-même, il a cru devoir en profiter pour étudier cet état morbide avec tout le soin qu'il comporte. On trouvera dans son article l'analyse des sept autres cas, dont deux ont été observés par M. Louis, deux par Thurnam, les trois derniers par Mayne, Low et Mac-Dowel.

Glissons rapidement sur deux chapitres consacrés, l'un à la *vaccine*, pour démontrer la supériorité du vaccin humain ou jennérien sur le vaccin des jeunes veaux, qui a eu une vogue si imméritée en 1870 ; l'autre, *aux diverses taches et éruptions de la fièvre typhoïde* pour en déterminer la valeur séméiologique, et arrêtons-nous sur quatre chapitres qui se rattachent très-directement à la médecine légale et à l'hygiène, dont M. Gallard fait, on le sait, une étude particulière, et dont il ne néglige aucune occasion de montrer les afférences intimes avec la clinique proprement dite.

La question de l'*aphasie*, qui a donné lieu à tant de discussions relatives à la localisation de la lésion qui donne lieu à ce trouble si singulier des manifestations cérébrales, nous intéresse aussi au point de vue de la condition légale dans laquelle doit être placé l'individu qui en est affecté. Il s'est trouvé des familles assez cupides pour demander l'interdiction de parents aphasiques, et les procès qui ont suivi ces demandes ont donné lieu, dans le sein de la Société de médecine légale, à de très-intéressantes discussions sur ce sujet.

La *crampe des écrivains* est certainement une maladie professionnelle, mais son étude clinique permet de reconnaître sans la moindre hésitation qu'elle est loin d'être spéciale aux individus qui manient la plume. On observe des troubles absolument semblables chez des sujets appartenant à d'autres professions, chez les graveurs, chez les fleuristes, chez les pianistes, chez les violonistes, chez les employés qui manœuvrent le télégraphe Morse, etc. Mais, chez tous ces individus, les troubles observés se passent dans les mains et dans les doigts. Des troubles non pas seulement analogues, mais absolument semblables, identiques, s'observent chez des sujets exerçant des professions qui mettent en jeu d'autres muscles que ceux de l'avant-bras ou de la main, et alors les troubles se produisent dans les muscles dont la contraction est commandée par l'exercice habituel de la profession, que ces muscles soient ceux du bras, de l'épaule, de la jambe, du cou, de la face ou même du tronc. L'analyse de ces divers faits conduit l'auteur à cette première conclusion, que *la maladie dont il s'agit n'est pas spéciale aux écrivains;* l'analyse des symptômes le conduit à cette autre conclusion, que *ce n'est pas une crampe;* d'où il résulte pour lui la nécessité de substituer à cette dénomination incorrecte de « crampe des écrivains », celle beaucoup plus convenable qui a été proposée par Duchenne (de Boulogne), d'*impotence fonctionnelle.*

Lorsqu'il s'agit d'établir la nature de cet état morbide, M. Gallard, après avoir prouvé qu'il échappe à toute localisation anatomique quelle qu'elle soit, se trouve conduit à admettre que c'est bien un simple trouble fonctionnel, et pas autre chose. Il est surtout frappé de voir, à propos de l'étiologie, que la fatigue est loin d'en être la cause essentielle, car la maladie ne se produit pas chez ceux qui travaillent d'une certaine façon quand l'intelligence, occupée ailleurs, n'exerce pas une surveillance suffisamment attentive sur les mouvements musculaires. C'est parce qu'il y a alors une véritable discordance entre les actes cérébraux et les mouvements qui sont exécutés d'une façon tout à fait automatique, que les muscles se fatiguent et finissent par exécuter des mouvements désordonnés, qu'on peut les considérer comme étant en état d'ataxie.

Il est fort singulier de voir qu'un trouble si essentiellement nerveux constitue un état morbide pulmonaire et presque absolument incurable. M. Gallard cherche, sans la trouver, la raison de cette particularité dans certaines influences diathésiques qu'il étudie avec le plus grand soin, et dont il s'efforce de faire la base d'un traitement rationnel. Mais il est obligé de reconnaître le peu d'efficacité de tous les traitements médicaux qu'il a successivement employés, en y comprenant l'électricité, et, de guerre lasse, il en vient à conseiller les appareils prothétiques, auxquels il ne paraît pas accorder une bien plus grande confiance, quoiqu'il les décrive avec assez de soin pour permettre à chacun de choisir celui qui s'applique le mieux au cas spécial qu'il peut avoir à traiter.

La leçon sur l'intoxication par le sulfure de carbone chez les ouvriers employés à la vulcanisation du caoutchouc, ainsi que celle sur les maladies causées par le mercure, ayant été publiées par l'Union Médicale, et n'étant pas certainement oubliées de nos lecteurs, nous nous abstenons d'en faire l'analyse.

Nous croyons que, par l'analyse de cet ouvrage, nous avons mis en relief les aptitudes diverses dont M. Gallard a donné de nombreuses preuves, et que nous avons signalées au début

de ces articles. Le clinicien, l'observateur attentif, le praticien sagace se traduisent dans les belles leçons sur l'ulcère simple de l'estomac, sur les maladies du foie, etc. Le médecin légiste, prudent et sage, se révèle dans les intéressantes considérations médico-légales sur l'aphasie. Et quant au médecin hygiéniste, outre les travaux qu'il a déjà publiés sur la matière, ceux consignés dans ce livre sur le sulfure de carbone, sur le mercure, sur la vaccine, lui assigneraient une place distinguée parmi les hygiénistes de l'époque.

Si le fond de cet ouvrage est savant et solide, M. Gallard, et nous l'en félicitons, n'en a pas négligé la forme. Ces leçons se laissent lire sans fatigue, avec intérêt; style familier, sans trivialité, élevé quand le sujet le comporte, mais sans pédantisme. Ajoutons que, dans toutes les opinions qu'il expose et qu'il défend, M. Gallard fait preuve d'une grande liberté d'esprit et d'une honorable indépendance de caractère.

A nos yeux, cet honorable confrère mérite la sympathique estime et les encouragements de tous ceux qui aiment et qui doivent favoriser le travail libre et consciencieux.

A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 octobre 1877. — Présidence de M. Empis.

SOMMAIRE. — Correspondance imprimée. — Présentation d'une pièce anatomique relative à un *anévrysme de l'aorte*, par M. Dujardin-Beaumetz. Discussion : M. Gubler. — Présentation d'une *végétation polypiforme* développée sur les bords de la plaie trachéale après la trachéotomie, par M. Bergeron. Discussion : M. Cadet de Gassicourt. — M. Laveran présente une pièce anatomique relative à un *anévrysme de l'aorte* ouvert dans l'artère pulmonaire. — Élections.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance imprimée : *Mémoires* de la Société de Nancy. — *Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat.* — *Annales de gynécologie.* — *Marseille médical.* — *Bulletin médical du Nord.* — *Société de médecine légale.* — *Rapport sur les relations des médecins de Pontoise avec la Société de secours mutuels de cette ville,* par le docteur Bibard. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* — *Archives de médecine navale.* — *Mémoires* et *Bulletins* de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — *Revue médicale de Toulouse.* — *Union médicale de la Seine-Inférieure.* — *Union médicale et scientifique du Nord-Est.*

M. le docteur Lereboullet offre à la Société, de la part de M. Sorel, un travail intitulé : *De l'orchite dite métastatique et de la fièvre testiculaire dans les oreillons.*

—

M. Dujardin-Beaumetz présente une pièce anatomique relative au cas d'anévrysme de l'aorte, dont il a déjà entretenu la Société.

M. Gubler : La pièce présentée par notre collègue est un spécimen très-curieux d'anévrysme de l'aorte. M. Beaumetz, en présence de cette poche anévrysmale énorme, a manifesté le regret de ne pas avoir enfoncé plus profondément les aiguilles, afin d'obtenir une coagulation plus grande. Pour ma part, je le félicite de ne pas avoir obtenu une coagulation plus étendue, car, d'après les observations connues, nous savons qu'il existe un grand danger si la coagulation se fait en grande masse. En outre, au milieu de cette coagulation, il existe toujours des coagula flottants qui peuvent entraîner toutes les conséquences funestes de l'embolie.

—

M. Bergeron : Il y a quelques années, et, si je ne me trompe, à l'occasion d'une communication d'un de nos collègues, sur les accidents qui peuvent retarder l'enlèvement définitif de la canule, après la trachéotomie, j'ai rapporté ici un fait assez instructif, dont je ne rappellerai pas les détails, puisqu'il a été reproduit dans nos *Bulletins*, et, depuis, dans l'ouvrage de M. Sanné, et que je résumerai en quelques mots seulement.

Il s'agissait d'un enfant atteint de croup et trachéotomisé, et qui, lorsqu'on lui retirait sa canule, même plus de trois semaines après l'opération, était immédiatement pris de tels accès de suffocation qu'il fallait introduire le dilatateur pour le faire respirer, si la canule de rechange n'était pas prête. Vingt et un ou vingt-deux jours après la trachéotomie, et alors que la fièvre avait depuis longtemps cessé et que toute trace de diphthérie avait disparu, l'enfant fut pris de pneumonie, et succomba le vingt-sixième jour. Or, à l'autopsie, je trouvai au niveau de l'orifice inférieur du larynx, et à 1 centimètre au-dessus de la plaie trachéale,

un petit polype pédiculé qui, probablement beaucoup plus volumineux pendant la vie, faisait office de soupape et obstruait le calibre de la trachée, ou peut-être, projeté sur la muqueuse laryngienne, provoquait un spasme qui aggravait la crise de suffocation. La présence de ce polype expliquait également pourquoi, bien longtemps avant qu'il fût atteint de diphthérie, depuis plusieurs mois, l'enfant ne pouvait être pris d'une simple trachéite sans avoir la toux stridente et des accès de suffocation. On peut croire que, sous l'influence de cette irritation de la membrane muqueuse, le polype augmentait de volume et produisait ainsi les accidents signalés par les parents; et il est facile de concevoir qu'à la suite de la diphthérie, il ait pris un accroissement assez considérable pour obstruer plus ou moins complétement la trachée.

Dans ce fait, on le voit, il s'agissait d'un produit morbide étranger à la diphthérie et à la trachéotomie; dans celui que je demande la permission de faire connaître à la Société, il s'agit, au contraire, d'une végétation polypiforme que je fais passer sous les yeux de mes collègues, qui s'est évidemment développée sur les bords de la plaie trachéale, qui a opposé un même obstacle à l'enlèvement de la canule, mais qui, rejetée au dehors par un violent effort de toux, a laissé libre passage à l'air; de telle sorte qu'on a pu presque immédiatement débarrasser l'enfant de la canule, ce qui jusqu'alors avait été complétement impossible.

Voici, au reste, l'observation telle qu'elle a été rédigée par M. Carrié, interne du service, dont je saisis cette occasion de louer, comme ils le méritent, le zèle éclairé et l'habileté opératoire dans la trachéotomie.

Angine diphthéritique et croup. — Trachéotomie. — Polypes de la trachée. — Ablation de la canule le dix-neuvième jour.

Chapuis (Léon), âgé de ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Saint-Benjamin, n° 24, le 20 septembre 1877, à dix heures du soir.

Le fond de la gorge est tapissé de fausses membranes, pas d'engorgement ganglionnaire notable; la toux est rauque, la voix éteinte; tirage cervico-abdominal assez marqué. L'enfant a pris un vomitif chez lui, peu de temps avant son entrée. Pendant la nuit, accès de suffocation répétés, mais peu intenses. Vers huit heures du matin, la suffocation, après un accès violent, devient plus considérable; le tirage s'accentue de plus en plus, à peine entend-on un peu de murmure vésiculaire à gauche; apnée complète à droite.

Opération le 21, à neuf heures du matin. Introduction de la canule, difficile par suite de l'agitation extrême de l'enfant qui, assez vigoureux, ne se laisse que difficilement maintenir. Il en résulte une hémorrhagie abondante qui s'arrête dès que la canule est introduite; rejet de fausses membranes, soulagement immédiat.

Les jours suivants, un peu de fièvre le soir. Le troisième jour, la température s'élève à 40°; rien dans la poitrine qui explique cette hyperthermie; la respiration est pure; l'ampleur est aussi complète à droite qu'à gauche. Pas d'albumine dans l'urine. La plaie a bon aspect.

A partir du deuxième jour, tentatives d'ablation de la canule, mais à peine a-t-on le temps de laver la plaie. Dès que la canule est enlevée, l'enfant est pris d'une toux quinteuse, violente, qui amène le rejet de lambeaux pseudo-membraneux; le tirage cervical apparaît; la plaie saigne, et, une fois la canule remise en place, des mucosités sanguinolentes sont expectorées.

Jusqu'au 2 octobre, c'est-à-dire depuis neuf jours, les mêmes phénomènes se reproduisent quatre ou cinq minutes après l'ablation de la canule. Le larynx est cependant perméable, la voix commence à revenir. Jusqu'à présent la réintroduction de la canule se faisait facilement, aujourd'hui il y a eu un peu de difficulté.

3 octobre. L'enfant, qui appréhende beaucoup le moment de l'ablation de sa canule, s'agite dès qu'on s'approche de lui, il faut le faire tenir pour pouvoir la lui enlever. Une fois la canule retirée, il reste calme pendant quelques minutes; puis la toux quinteuse survient comme les jours précédents, ainsi que le tirage; la face se couvre de sueur et se cyanose.

On tente alors de remettre la canule; cette fois la réintroduction est impossible. On arrive bien, il est vrai, à l'orifice de la plaie trachéale, l'air sort par le pavillon, mêlé à des mucosités sanguinolentes, l'anxiété et le tirage cessent, mais on ne peut aller plus loin. Après plusieurs tentatives infructueuses, on introduit le dilatateur. Au fond de la plaie, on aperçoit un petit lambeau flottant, dont la nature est difficile à préciser. La canule, mise sur le dilatateur, pénètre un peu dans la trachée; puis, le dilatateur étant enlevé, la canule se trouve arrêtée; il suffit d'une légère pression pour dépasser l'obstacle et pénétrer complétement dans la trachée. L'enfant tousse aussitôt avec force et lance sur le lit voisin un petit lambeau membraniforme allongé, blanchâtre, assez résistant. Ce petit lambeau, d'une longueur d'un centimètre et demi, semble être formé par du tissu cicatriciel; il porte à ses deux extrémités deux bourgeons charnus, de la grosseur d'un grain de chènevis. L'un de ces petits bourgeons est sessile, adhérant par une de ses faces à une des extrémités du lambeau, tandis que le second,

siégeant à l'extrémité opposée, est flottant, pourvu d'un pédicule excessivement mince et d'une longueur d'un millimètre.

4 octobre. Même agitation de l'enfant; un peu moins de difficulté pour remettre la canule, au bout de dix minutes; cette fois, rejet d'un débris de fausse membrane.

5 octobre. Ablation de la canule. L'enfant reste calme, cependant sa figure exprime l'anxiété; son visage est perlé de sueur, mais sans cyanose; pas de toux quinteuse. Au bout de trois quarts d'heure, le tirage et l'agitation reparaissent. La plaie mise en pleine lumière, on n'aperçoit que l'incision trachéale, rien ne vient faire saillie à l'orifice pendant les mouvements respiratoires. La canule pénètre dans la trachée, puis résistance qui cède facilement; l'enfant tousse aussitôt et rejette un bourgeon charnu sphérique, un peu plus gros que les bourgeons précédemment rendus. Pendant trois jours, on ne touche pas à la canule.

Le 9 octobre, la canule est enlevée à la visite du matin. L'enfant reste assis sur son lit, complétement immobile. La respiration est calme, un peu bruyante par moment, mais pas de quintes de toux. Au bout d'une heure, l'enfant est rassuré, joue sur son lit, parle, respire librement. Dans le courant de la journée, un peu de toux qui se calme rapidement, pas de tirage.

L'enfant passe la nuit sans canule, la plaie est complétement fermée le lendemain, et, depuis deux jours, le tirage n'a pas reparu, bien qu'il persiste encore un peu de toux.

P. S. — 24 octobre. Aucun accident n'est survenu du côté du larynx ni de la trachée, mais l'enfant a été pris d'une pleurésie aujourd'hui en voie de guérison.

L'examen microscopique de la végétation a été fait par M. Balzer, interne des hôpitaux. « Les deux polypes que j'ai examinés, dit M. Balzer dans la note jointe à l'observation, sont constitués par un tissu embryonnaire renfermant des vaisseaux nombreux et volumineux, dont les parois sont formées par des cellules fusiformes. Ces vaisseaux forment des anses au niveau de la surface libre des polypes, dont ils ne sont séparés que par une mince couche de cellules embryonnaires qui paraissent tassées et aplaties. Ils affectent une direction longitudinale au niveau du point d'implantation des polypes. Au centre des polypes, on trouve, en outre, plusieurs foyers hémorrhagiques, quelques-uns assez étendus.

« On ne trouve de tissu conjonctif en faisceaux qu'au niveau de leur surface adhérente. A la base du polype sessile, on trouve de plus un certain nombre de fibres musculaires striées provenant, sans nul doute, des muscles qui participaient à la formation du trajet de la canule. Le polype pédiculé, au contraire, se continue directement avec un tissu embryonnaire, absolument analogue au sien. En résumé, ces polypes présentent la structure de bourgeons charnus arrivés à un degré assez avancé dans leur évolution et développés sur un tissu de cicatrice. »

Comme conclusion pratique de ma première communication, j'avais dit que, dans tous les cas où l'impossibilité d'enlever définitivement la canule ne saurait être attribuée à la persistrance des fausses membranes, il serait sage, avant de se retrancher derrière l'explication banale du spasme, de passer au pourtour de la plaie trachéale une curette mousse, ce qui permettrait au moins de constater la présence des végétations polypiformes, peut-être même de les enlever, et le fait que je viens de rapporter m'autorise à insister sur ce conseil.

M. Cadet de Gassicourt : Dans le mémoire de M. le docteur Revillod (de Genève), sur lequel j'ai fait un rapport dans une des séances de cette année, j'ai relevé quatre cas de concrétions polypiformes sessiles. Depuis, j'ai observé dans mon service deux cas où, à la suite de la trachéotomie, une concrétion polypiforme s'était développée sur la plaie de la trachée. Dans ces deux cas, la canule n'avait pu être enlevée le huitième ou le neuvième jour, ainsi que cela a lieu habituellement; la respiration restait embarrassée. Dans l'un de ces cas, en réintroduisant la canule, le petit malade a rejeté dans un effort de toux la concrétion, probablement détachée par le fait de la canule; dans l'autre, je l'ai extirpée facilement.

Actuellement, j'ai dans mon service un autre enfant sur lequel il y a impossibilité absolue d'enlever la canule. J'ai exploré le larynx, la trachée, pour savoir s'il n'existait pas une concrétion polypiforme; j'ai même introduit, suivant le conseil de M. Bergeron, une curette, afin de nettoyer la surface trachéale; je n'ai obtenu aucun résultat. Il est donc bien évident qu'à côté des faits signalés par M. Bergeron, il en existe d'autres dont l'explication reste à trouver.

—

M. Laveran présente une pièce anatomique relative à un anévrysme de l'aorte ouvert dans l'artère pulmonaire. (Sera publié.)

Élections. — MM. Gouguenheim, Hallopeau et Debove sont élus membres de la Société médicale des hôpitaux.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, L. Martineau.

Éphémérides Médicales. — 20 Novembre 1606.

Henri de Monanteuil est enterré en grande cérémonie dans l'église Saint-Benoît de Paris. Il était mort la veille à l'âge de 70 ans. Né à Reims en 1536, ce personnage avait fait une brillante carrière. Docteur, doyen de l'École de Paris (1578-1579), il était devenu professeur de mathématiques au Collége royal, défendant (cela est à son honneur) la philosophie de Ramus. — A. Ch.

COURRIER

Encore les cours complémentaires. — Après avoir reproduit notre note insérée dans le numéro de mardi dernier sur les cours complémentaires de la Faculté de Paris, la *Gazette hebdomadaire* nous répond de la manière suivante :

« Si l'Union Médicale veut bien prendre de nouvelles informations, elle reconnaîtra aisément que nous n'avons commis aucune erreur et que c'est elle qui se trompe. Toutes les communications du ministre au doyen, et *vice versâ*, ont lieu par l'intermédiaire du vice-recteur. Cela étant, le doyen n'a reçu directement aucune lettre du ministre : ni la première, ni la seconde ; mais, par la voie ordinaire, il a reçu *deux* communications distinctes : 1° celle que nous avons annoncée ; 2° celle dont parle l'Union Médicale et qui, étant postérieure à notre article du 9 novembre, ne pouvait y être mentionnée. Il reste donc acquis que, conformément à notre récit, et à l'époque que nous avions indiquée, M. le doyen a été averti par M. le ministre qu'il était *sursis* à l'exécution du décret du 20 août et de l'arrêté du 11 octobre jusqu'à ce que la commission mixte ait été nommée et ait terminé son travail. Il est bien vrai, d'ailleurs, que ce sursis n'a pas grande importance, puisque, la commission devant être chargée d'*organiser* l'enseignement complémentaire, les cours ne peuvent commencer avant que cette organisation soit réglée. — A. D. »

Il pourrait bien se faire que nous eussions tort et raison à la fois, toutes deux, *Gazette hebdomadaire* et Union Médicale. Nous avons eu tort ici de douter de l'existence d'une première communication faite à la Faculté, et annoncée par la *Gazette hebdomadaire*. Mais, franchement, alors que nous venions d'être instruit d'une deuxième communication qui disait tout le contraire de la première, et qui contestait même à la Faculté le droit de protester, pouvions-nous admettre que ces deux communications existassent réellement, et surtout émanassent de la même source ? Plutôt que de supposer une telle infraction à la logique et une pareille inadvertance, nous avons préféré croire à un malinformé de notre collègue, et de cela nous lui demandons bien excuse. Donc, il y a eu, en effet, deux communications faites à la Faculté par le même intermédiaire, la première blanche, la deuxième rouge.

Mais, sur le second point, nous avons eu raison. La deuxième communication avait bien le caractère que nous avons indiqué, et le tort de la *Gazette hebdomadaire* est peut-être d'en avoir un peu adouci l'amertume. C'est d'un bon chrétien, et nous lui donnons sincèrement l'absolution.

Nécrologie. — Nous apprenons la triste nouvelle de la mort de M. le docteur Jules Roux, inspecteur général en retraite du service de santé de la marine, décédé à Toulon, à l'âge de 70 ans. M. Jules Roux, par ses méritants travaux, dont plusieurs ont été publiés dans l'Union Médicale, avait conquis une place très-distinguée parmi les chirurgiens contemporains.

— M. Cap, savant pharmacien, membre correspondant de l'Académie de médecine, auteur de nombreuses notices et biographies, vient de terminer sa longue et honorable carrière à l'âge de 89 ans.

Maladies des yeux. — M. le docteur Gorecki commencera son cours sur les principales *maladies des yeux* (conjonctivites, kératites, iritis, glaucome, cataracte, amblyopies et amauroses) le mardi 20 novembre 1877, à 7 heures du soir (amphithéâtre n° 1 de l'École pratique), et le continuera les mardis et jeudis suivants, de 7 heures à 8 heures.

Le programme imprimé de ce cours sera distribué à la première leçon.

— Les cours du docteur Desmarres, sur la *pathologie oculaire*, annoncés pour les mercredis et vendredis, auront lieu les mardis et jeudis, à 4 heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1.

Mardi prochain, le docteur Desmarres traitera de l'ophthalmie purulente.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après un court rapport fait par M. Barthez, qui n'a pas donné son approbation à une modification proposée à la canule employée après l'opération de la trachéotomie, M. Tarnier a lu le rapport sur le prix Capuron pour 1876. Un seul travail a été adressé à l'Académie sur ce prix, et la commission, dont M. Tarnier a été l'organe, ne l'a pas trouvé digne de récompense.

M. le docteur Spiridion Livitzianos a été appelé à lire un mémoire sur la récente et dernière manifestation de la peste en Mésopotamie. L'audition de ce travail a été rendue difficile, à cause de l'accent étranger du lecteur et du peu de portée de sa voix. Nous n'avons donc pu saisir la signification du travail de ce confrère. Ces petites et diverses explosions de la peste semblent justifier l'opinion des épidémiologistes, qui admettent que la peste est une maladie qui s'en va, qui s'use, et dont les manifestations partielles, de plus en plus rares et de moins en moins graves, indiquent que cette maladie ne trouve plus comme autrefois les mêmes conditions de développement. Le plus sûr est de ne pas s'y fier. Il y a bien de l'inconnu, de l'imprévu, on oserait dire de caprice, dans les manifestations pestilentielles, dont il ne faut excepter ni le choléra ni la fièvre jaune. Et la variole ne nous donne-t-elle pas trop souvent de funèbres exemples de ses retours terribles après un silence plus ou moins prolongé?

La séance publique a fini là, et l'Académie s'est formée en comité secret. Il est regrettable que ce comité secret ait privé le public d'entendre le très-intéressant rapport fait par M. Vulpian sur le prix de l'Académie pour 1877, et dont le sujet était la glicosurie. Le savant doyen de la Faculté de Paris a donné, dans ce rapport, un témoignage d'un talent très-distingué de critique scientifique, et il est vraiment dommage que des rapports de cette valeur soient stérilement inhumés, et sans profit pour personne, dans les cartons de l'Académie. Qu'on en eût réservé les conclusions pour le comité secret, très-bien, mais le corps du rapport pouvait être lu en séance publique, et aurait fait grand plaisir.

La deuxième partie du comité secret a été consacrée à la lecture du rapport de M. Planchon sur les candidats dans la section de pharmacie. — A. L.

FEUILLETON

—

LETTRES SUR LA SUISSE

Berne, le 24 août 1877.

Mon cher ami,

Je quittai Paris le 25 août. avec l'intention d'aller prendre part au Congrès médical de Genève. Mais à Pontarlier, après un déjeuner désiré depuis plusieurs heures, je me trompai de train; et aux cris agaçants répétés par des voix stridentes : *Messieurs, en voiture!* au lieu de prendre le train de Genève, je montai sur celui qui allait à Berne. Une fois sur cette voie, qui me conduisait non à la science mais à la distraction, j'y suis resté, bien qu'il m'en coûtât de faire le sacrifice de tout ce que j'aurais pu apprendre en suivant les séances du Congrès.

La Suisse est un pays qu'on peut comparer à un album gigantesque, sur lequel la nature s'est plu à dessiner et à imprimer tout ce qu'elle peut produire de beau, de saisissant et de grandiose. Dès que le touriste a jeté les yeux sur la première page, si cette page est éclairée par un beau soleil, il reste tout ébahi d'étonnement, d'admiration, et ne peut plus en détacher ses regards. Après avoir contemplé en tous sens ce vaste panorama, il n'ose tourner la feuille, tant il craint que la suivante ne soit à la hauteur de la première et qu'il n'éprouve quelque déception. Mais son étonnement augmente à mesure qu'il avance dans cette lecture, où chaque feuillet lui ménage des surprises de plus en plus émouvantes.

Pour bien mettre à profit une excursion en Helvétie et se ménager un ordre progressivement ascendant dans les impressions, il n'est pas indifférent, selon moi, de la parcourir au

CLINIQUE CHIRURGICALE DE LA FACULTÉ

Hôtel-Dieu. — M. le professeur RICHET.

DE L'ABRASION ET DE LA CASTRATION DANS L'ÉPIDIDYMITE CASÉEUSE ;

Leçon recueillie par M. Richer, interne des hôpitaux.

Le fait qui fera le sujet de cette leçon s'est passé tout dernièrement dans nos salles, et durant la vie du malade j'ai souvent attiré votre attention sur ce fait instructif. Aujourd'hui, je veux vous rappeler en quelques mots l'histoire symptomatologique de ce malade, puis vous montrer les résultats de l'autopsie, et enfin traiter avec quelques détails les points importants qui découlent de cette étude.

Cet homme, âgé de 27 ans, très-fort, et taillé en athlète, portait depuis le mois de septembre dernier, une induration fistuleuse de l'épididyme gauche. Il avait eu autrefois une blennorrhagie, mais qui ne fut point suivie d'épididymite inflammatoire. Pas de maladies antérieures.

L'induration de l'épididyme s'était ramollie, puis l'abcès s'était ouvert spontanément. Une petite fistule s'en était suivie, et comme il était dans l'intention de se marier, il vint nous trouver afin d'être débarrassé de cet écoulement de pus tout au moins incommode. Je lui répondis que la chose était possible, mais qu'il nous fallait choisir le moment opportun.

Le toucher rectal nous fit reconnaître que la prostate était saine, les vésicules séminales un peu dures. En pressant le périnée avec le doigt, quelques gouttes de liquide purulent remontaient par l'urèthre jusqu'au méat. Sur cette observation que je lui fis qu'il avait encore la *chaudepisse*, il se récria énergiquement; mais il nous fit très-bien remarquer que, chaque fois qu'il urinait, l'urine entraînait et chassait devant elle un petit filet blanc, comme une sorte de petit bouchon.

Le poumon ne présentait rien d'anormal. A droite seulement une résonnance un peu moindre qu'à gauche, due à une ancienne pleurésie, comme l'autopsie le démontra plus tard.

Au résumé, c'était, vous vous le rappellerez, un homme vigoureux et d'une forte constitution.

A la suite d'explorations multiples faites par les élèves du service, il survint un

---

hasard, du nord au sud ou du sud ou nord. Voici la quatrième fois que je visite ce beau pays : la première en entrant par Lindau et traversant le lac de Constance; la deuxième par Bâle; la troisième par Genève; et, cette fois, par Pontarlier, Neufchâtel et Berne. Je trouve que les *Guides* commettent une infraction à cette règle psychologique en conseillant de débuter par Genève et de finir par le nord; tandis que le contraire est préférable.

Bien que la Suisse soit très-connue et sillonnée tous les ans par des milliers de touristes, les réflexions qui vont suivre ne seront peut-être pas sans quelque profit pour ceux qui, comme la plupart de nos confrères, n'ont que peu de jours à consacrer à ces excursions si intéressantes, si agréables et si *instructives*.

Comme je l'ai dit, de France on peut entrer en Suisse par trois points principaux : 1° par Bâle; 2° par Genève; 3° par Pontarlier. Je donne la préférence à Pontarlier, parce que notre Jura est très-pittoresque. Ses vallées si fertiles, ses montagnes si accidentées, ses perspectives si variées, ses cascades argentées qui glissent timidement, modestement dans les fentes des rochers, disposent et préparent favorablement l'esprit du voyageur; et, comme la préface d'un beau livre, aiguisent sa curiosité et son impatience. Puis, après avoir parcouru la Suisse, il faut la quitter par Genève et Chambéry. Les montagnes de la Savoie, leurs cascades encore belles, les lacs à l'eau si limpide et azurée, les vallées si riches et d'un aspect si riant entretiennent les sensations pittoresques qu'on vient de cueillir, et font ainsi descendre l'esprit du touriste, si fortement impressionné, par une pente insensible, et le préparent à rentrer, sans secousses trop brusques, dans le prosaïsme que ses occupations lui réservent ordinairement à son retour.

Si le Jura peut être comparé à la préface ou à l'introduction de l'album représenté par la Suisse, la Savoie et le Dauphiné doivent *à fortiori* en être le résumé et la conclusion, car ni

gonflement du testicule, la peau devint rouge, puis il survint un érysipèle du scrotum.

J'attendais toujours le moment favorable pour l'opérer, quand, le 3 mars, le malade fut pris d'un frisson très-violent, avec délire la nuit. On lui donna du vin chaud; il eut des sueurs très-abondantes. L'érysipèle avait disparu; le testicule était comme flétri. Je songeai que c'était peut-être un de ces accès de fièvre éphémère auxquels ceux qui suppurent sont fort sujets, et comme il en arrive souvent dans nos salles.

Mais les frissons se répétèrent les jours suivants; le délire s'accentua. Je donnai 1 gramme de sulfate de quinine. Le lendemain, le frisson et le délire revinrent plus intenses, plus violents. On fut obligé de lui mettre la camisole de force. Je supprimai alors le sulfate de quinine, que je remplaçai par l'alcoolature d'aconit. J'y joignis une potion au rhum. Les frissons continuèrent. Enfin, après des péripéties diverses, une tumeur apparut dans la région sous-maxillaire; peu de jours après, il en survint une autre à l'épigastre, et le malade mourut le 25, vingt-trois jours après le début des accidents.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans le foie des abcès métastatiques multiples; l'un d'eux, énorme, occupait tout le lobe gauche et formait la tumeur de l'épigastre constatée pendant la vie. La tumeur du cou était aussi formée par un abcès métastatique au fond duquel on sentait l'os hyoïde dénudé. Poumons sans tubercules. Petites granulations sur les méninges.

Voies génitales : Testicule sain à droite; le gauche, plus petit que le droit, est également sain; mais l'épididyme de ce côté, induré, est rempli de masses caséeuses.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de vous dire que, pendant la vie, j'avais fait quelques expériences sur les animaux, dans le but d'éclairer cette question encore fort litigieuse de la prétendue tuberculisation du testicule; j'avais donc recueilli un peu de ce caséum que j'avais extrait avec une curette de la fistule épididymaire, et je l'avais inoculé à deux lapins d'égale force, dans la région de la nuque. L'un d'eux n'a pas semblé s'en apercevoir; l'autre a été malade; une tumeur s'est formée à l'endroit de l'inoculation. Mais, au bout de quelques jours, il s'est rétabli complétement. En résumé, ni l'un ni l'autre ne sont devenus tuberculeux, ce qui m'a d'autant plus surpris que chacun sait combien facilement et rapidement se tuberculisent ces animaux.

---

l'une ni l'autre, par la variété et la beauté de leurs sites, ne peuvent être visités sans laisser aux touristes de très-agréables souvenirs et un grand désir de les revoir.

Nous brûlâmes Neufchâtel, qui n'offre de particulier que son lac, mais étant longé dans toute son étendue par la voie ferrée, il devient inutile de s'y arrêter. Nous avons continué jusqu'à Biel, petite ville, mais station importante et grand mouvement à la gare, où on fait un arrêt d'une heure pour attendre le train de Berne. Ce temps peut être bien employé à aller à la ville très-ancienne (10 minutes), visiter les ruines de l'ancien château-fort, et surtout le nouveau quartier avec ses promenades, ses cours d'eau, les nombreuses et coquettes habitations aux jardins fleuris et aux nombreux jets d'eau qui les arrosent. A moins, toutefois, que vous ne préfériez demeurer en gare à écouter le concert instrumental, pas mal ma foi, qui est là en permanence, et à étudier la physionomie des voyageurs, surtout des voyageuses qui descendent ou remontent dans les wagons. Il y en a, je vous assure, pour tous les goûts.

Le soir, arrivée à Berne et y coucher. Le lendemain, visite à Fribourg pour voir ses ponts aériens, son viaduc de chemin de fer et entendre les orgues. Si on veut aller voir le pont de la Glane, j'engage à prendre, pendant le repos de la voiture, une tasse de café à l'auberge qui est à côté; une bonne femme à la figure réjouie, la bouche pleine de nouvelles, vous en servira d'excellent avec un petit verre de bon kirch, le tout pour 25 *centimes*. Rentré à Berne, je m'y suis arrêté pour revoir seulement les ours et le coucher du soleil, de la belle terrasse de Schœnzli. Le temps était superbe, les glaciers de la Jungfrau ont déployé leur magnificence durant tout le temps qu'ils recevaient les rayons solaires. C'est là un spectacle qu'on ne peut se lasser d'admirer.

Ce spectacle m'en a rappelé un autre qui s'est passé sur cette même terrasse, et qui a

Ceci dit, je reviens à l'autopsie de notre malade.

Le canal déférent, ainsi que la prostate, étaient sains; cette dernière était un peu volumineuse; les vésicules séminales étaient remplies de liquide crémeux et caséeux. Quand on pressait sur les vésicules, ce liquide sortait par l'urèthre, au niveau du *verumontanum*.

La vessie est tout à fait dans l'état normal.

A l'examen microscopique, fait par notre chef de laboratoire, M. Longuet, nous trouvons que la matière jaunâtre caséeuse de l'épididyme est formée de leucocytes serrés les uns contre les autres, et de très-nombreuses granulations. C'est du pus concret, aggloméré, mais qui n'offre aucun des caractères du tubercule.

Les granulations des méninges ont ensuite été examinées avec le plus grand soin. Elles nous ont paru être complétement indépendantes du réseau vasculaire. Ces granulations sont-elles tuberculeuses? D'après Cornil et Ranvier, le tubercule est formé par une accumulation de granulations dans la gaîne lymphatique du vaisseau. Or, ici, nous n'avons rien trouvé d'analogue, mais seulement de véritables produits inflammatoires sous forme de granulations n'ayant aucun des caractères de la granulation tuberculeuse, telle qu'elle est décrite dans les récents travaux de M. Grancher.

Tel est le résumé de ce fait si intéressant. Nous allons maintenant entrer dans la discussion des questions capitales qu'il soulève. Depuis longtemps, la maladie dont il s'agit a été désignée sous le nom de « tubercule du testicule. » Quand un malade se présente avec des indurations dans un testicule ou dans les deux à la fois, avec une ou plusieurs petites fistules qui laissent écouler quelques gouttes de pus; que, de plus, le toucher rectal a permis de reconnaître que la prostate et les vésicules séminales étaient aussi atteintes, on n'hésite pas et on déclare qu'il s'agit là de tubercules du testicule.

Un homme éminent, qui par son savoir et sa perspicacité s'est placé aux premiers rangs des anatomo-pathologistes, Louis, médecin de cet Hôtel-Dieu, avait cependant fait une remarque. Il avait dit : Ces tubercules ne ressemblent pas aux autres tubercules.

Quel que soit l'organe dans lequel il a pris naissance, le tubercule, en général, a une grande tendance à la généralisation; or, elle n'existe pas ici, et il avait posé cette loi : Le tubercule a une grande tendance à se généraliser, à *l'exception toutefois du tubercule du testicule*. Mais, vous le voyez, tout en admettant cette diffé-

---

laissé à tous les témoins, — ils étaient nombreux, — d'agréables souvenirs. Quoique donné sur un théâtre moins élevé, n'ayant pour scène ni le vaste panorama des hautes montagnes, ni pour acteur principal le soleil, il n'en exhalait pas moins un parfum très-poétique.

C'était en 1865. Lors du Congrès scientifique international de Berne, la municipalité avait convié les membres du Congrès à une fête préparée au Schœnzli. A un signal donné, l'assistance, très-nombreuse, les membres du Congrès en avant, fut priée de se ranger en ligne. Cela fait, une fanfare déboucha à une extrémité de la terrasse suivie d'un bataillon de petites filles de 10 à 12 ans au plus, défilant, à pas cadencé, deux par deux, devant l'assemblée. Les organisateurs de cette charmante fête nous avaient ainsi ménagé une bien agréable surprise, et le conseil de révision, préposé au choix des sujets, avait fait preuve de bon goût. Toutes ces jeunes filles étaient fort jolies, bien faites; leur beauté était encore relevée par le costume gracieux et si pittoresque représentant celui de tous les cantons de la Suisse. Chacune d'elles portait en sautoir une petite et élégante corbeille remplie de bouquets, qu'après le défilé, elles distribuèrent à tout le monde, commençant par les invités; puis, pendant et après le lunch, ayant vidé et déposé leurs paniers, ces charmantes enfants firent le service des salles offrant des gâteaux par-ci, des liqueurs par-là, tout cela avec une telle grâce et légèreté, qu'on aurait dit autant de papillons multicolores voletant d'un convive à l'autre.

Berne est et restera longtemps encore une des villes les plus ou des plus curieuses de la Suisse; car rien n'indique ses tendances à se moderniser; et elle a bien raison. Les touristes ne lui reprocheront pas son respect pour l'héritage que ses ancêtres lui ont légué. Tout y est curieux, même les ours, malgré les poses peu convenables qu'ils se permettent de prendre en face du public des deux sexes, toujours très-poli cependant à leur égard. Les bords de l'Aare surtout méritent d'être visités. A ce propos, je me permettrai d'adresser quelques observa-

rence essentielle, Louis n'en continuait pas moins à considérer l'affection qui nous occupe comme du véritable tubercule. — Pour moi, qui ai eu l'occasion d'en observer beaucoup d'exemples à l'hôpital Saint-Louis, où ces malades affluent par suite de l'idée de scrofule qui s'attache généralement à la présence de ces fistules de l'épididyme et du scrotum, j'ai élevé depuis longlemps des doutes sur la nature réellement tuberculeuse de cette maladie, je me suis dit bien souvent que si ces indurations étaient tuberculeuses elles devraient être suivies de généralisation; or, nous les voyons persister pendant dix, quinze, vingt-cinq ans et plus, non-seulement sans déterminer d'accidents sérieux, mais finir même par guérir. Aussi, guidé par les guérisons spontanées, ai-je bien souvent entrepris l'abrasion de ces foyers, et presque toujours avec succès; aujourd'hui, je ne compte plus ces faits. Et lorsqu'on m'interroge à ce sujet, me demandant quelles raisons m'ont fait adopter cette pratique, je réponds : D'abord parce qu'elle réussit, et puis parce que rien ne prouve que ces produits appartiennent aux tubercules.

En 1858, ayant eu l'occasion de faire une clinique sur ce sujet, je crus pouvoir formuler la proposition suivante : Dans ce qu'on distingue généralement sous le nom de *tubercule du testicule*, il y a deux affections distinctes : 1° le véritable tubercule du testicule, mais il est très-rare et il peut alors se comporter comme la tuberculose et se généraliser; 2° ce qu'on pourrait appeler la suppuration des voies séminales, affection très-fréquente, au contraire, et qui jamais ne se généralise. Tout le monde se récria d'abord, mais, quand il fallut en venir aux preuves, on ne put me montrer que bien peu d'exemples de testicules tuberculeux avec généralisation. Un de mes élèves, M. Mougin, exposa ces idées dans sa thèse, et, dès lors, la question fut nettement posée. J'ai appris depuis avec satisfaction que plusieurs praticiens éminents s'étaient rangés à mon avis. M. Verneuil, entre autres, professe maintenant, m'a-t-on dit, sur ce sujet, les mêmes idées que moi.

Le fait que nous avons sous les yeux aujourd'hui est très-démonstratif, et vient merveilleusement à l'appui de l'opinion que j'émets. Notre homme était bien portant et d'une bonne constitution. Il ne toussait pas, et l'auscultation de sa poitrine ne révélait aucun indice de tubercule. Il avait seulement une petite *fistule testiculaire*, pour me servir de l'expression consacrée, laquelle, je le dis en passant, n'est guère exacte, puisque ce n'est pas le testicule qui est atteint, mais bien l'épididyme. Je me proposais de lui faire une petite opération, c'est-à-dire l'abrasion du foyer, quand survint un érysipèle, puis des frissons, et le malade succomba à l'in-

---

tions à M. de Conty, auteur du *Guide*, dont j'ai pu apprécier la justesse et la précision dans mes voyages. Ainsi M. de Conty donne le conseil d'aller déjeuner sur les bords de cette rivière. Voici comment s'exprime le *Guide* et comment il excite l'appétit des voyageurs :

« Arrivé sur les bords de la rivière, vous verrez de l'autre côté de la rive un bateau avec cordages. Vous n'aurez qu'à appeler et l'on viendra aussitôt pour vous passer. (Prix : 10 cent.)

« Auberge *Schwellen Mœtelli*. Rien de poétique et de pittoresque comme de déjeuner dans cette petite auberge placée sur les bords de l'Aare, où l'on trouve : poissons, écrevisses à la bordelaise, truites, matelotes, etc., etc. On peut pêcher soi-même son déjeuner. »

Séduit par ces indications et la désignation si succulente des mets, nous descendîmes sur le quai. Ayant aperçu le bac, fixé à un câble, nous hélâmes le nautonnier; mais nos cris se perdaient, nous le crûmes du moins, dans le bruissement de la rivière; car personne ne venait. Cependant, à force de crier, un homme, sortant d'une prairie, vint nous chercher. Une fois passés, il nous planta là, reprit sa faux et s'en alla à son ouvrage. La maison, façon chalet, était complétement déserte. Nous y entrâmes et parcourûmes plusieurs chambres en criant ; nos cris se perdaient dans l'espace sans être entendus de personne. Cela ressemblait à une vraie maison du bon Dieu, et devenait inquiétant pour nos estomacs.

J'aurais bien voulu repasser la rivière et courir à une cuisine moins abandonnée. Mais personne n'était là pour conduire le bac. En revanche, le site était très-pittoresque, de beaux arbres nous offraient un ombrage bienfaisant; la ville, bâtie en amphithéâtre, présentait un aspect ravissant ; et l'Aare, avec son cours rapide, sautant en écumant par dessus une digue qui n'a pas moins de deux cents mètres d'étendue, nous donnait un spectacle saisissant. Pour le pittoresque, M. de Conty était dans le vrai, mais nos gasters ne pouvaient se contenter de pareils aliments. Si au moins nous avions trouvé les lignes indiquées par le *Guide*, nous

fection purulente, comme l'autopsie l'a manifestement prouvé. Eh bien, Messieurs, rien que ce fait prouve déjà qu'il n'était point atteint de tubercule du testicule, car cet homme n'était point tuberculeux. L'infection purulente est pour ainsi dire inconnue chez les tuberculeux; aussi M. Liouville, qui a eu l'occasion de faire bien des autopsies de tuberculeux, et qui se trouvait au laboratoire pendant l'examen des pièces anatomiques, nous disait qu'il n'avait jamais vu un phthisique mourir d'infection purulente.

C'est donc là déjà une première preuve.

Mais, au-dessus de tous les raisonnements, nous avons les faits qui parlent plus haut; nous n'avons trouvé trace de tubercule nulle part. Dans le poumon, il n'y en avait pas, même au sommet. Il n'y avait même pas d'abcès métastatiques, qu'à la rigueur on aurait pu considérer comme des tubercules ramollis; au contraire, nous en avons trouvé dans le foie, où le tubercule ne se rencontre pas d'habitude. Dans les méninges, le microscope a démontré que les petites granulations qui s'y trouvaient n'étaient point des granulations tuberculeuses. Donc, nous sommes en droit de le dire, notre malade n'était point *un tuberculeux*.

D'où vient donc cette suppuration des voies séminales? Je n'ai pas ici la solution complète de cette question; je ne puis vous donner que quelques éléments qui vous aideront à la résoudre. Vous avez vu des individus porteurs de ganglions plus ou moins volumineux dans la région cervicale; on les dit strumeux, mais on ne s'avise point de les appeler tuberculeux. Souvent ces ganglions se ramollissent et suppurent. Il en sort avec le pus une matière caséeuse qu'il peut être difficile de distinguer de la matière tuberculeuse, mais qui, cependant, n'en est certainement pas. Les chirurgiens les examinent et se demandent s'ils doivent les opérer. Le plus souvent ils les opèrent, soit avec le bistouri, soit avec les caustiques.

J'ai vu Velpeau, dont je m'honorerai toujours d'avoir été l'interne, en opérer un grand nombre; l'opération consistait dans l'extirpation ou la destruction des ganglions atteints, et les malades guérissaient. Or, on n'observait jamais, chez ces individus, de tuberculisation pulmonaire consécutive.

Comment donc survient cette caséification? Presque constamment il existe, ou il a existé à une certaine époque chez les individus dits *strumeux*, de petites ulcérations soit aux yeux, soit aux oreilles, soit dans le nez, soit dans la bouche; ces ulcérations suppurent, et les vaisseaux lymphatiques transportent les éléments

---

aurions pu nous distraire tout en travaillant à la composition du déjeuner. Enfin, un homme arriva, ancien militaire français, et nous demanda ce que nous désirions. Déjeuner le plus vite possible. Bref, après une bonne heure d'attente, nous eûmes le déjeuner suivant : quatre petites truites, pas fraîches du tout et pêchées non dans l'Aare, comme le dit M. de Conty, mais bien à la halle de Berne, se rafraîchissant en face d'un beau soleil; biftecks *durs* aux pommes; omelette; dessert peu varié; une bouteille de vin blanc de la côte. Total : deux heures d'attente, mauvais et sale service, et 10 francs. Mais nous avions eu bon air, bon appétit et un semblant d'une partie de plaisir.

Ce déjeuner m'en rappelle un autre de jeune âge. Etant surnuméraire au Val-de-Grâce, nous fûmes, un dimanche, six camarades réunis, faire un déjeuner à Montmorency, au fameux *Cheval-Blanc*. Le repas fini je dus, en ma qualité de caissier, régler le quart d'heure de Rabelais. Tout me parut bien, excepté les cerises, cotées 20 sous la livre (à cette époque, il n'était pas encore question de centimes); étonné de ce prix, je fais venir le maître d'hôtel, qui se présenta tout de blanc habillé, le casque à mèche sur l'oreille, les joues un peu enluminées et le sourire sur les lèvres. Je le priai de résoudre le problème suivant :

— Comment se fait-il, lui dis-je, que les cerises de Montmorency ne coûtent à Paris que 4 sous, les meilleures, la livre, tandis qu'ici, à Montmorency, où vous n'avez qu'à les cueillir, vous les fassiez payer 20 sous? Le maître saucier, d'un air un peu narquois et le sourire sur les lèvres, me répondit : — Monsieur, la raison en est bien simple : à Paris on mange des cerises de Montmorency tous les jours; tandis qu'à Montmorency on n'en mange qu'en partie de plaisir, et le plaisir se paye toujours un peu ou beaucoup partout, *où qu'on le prenne*. Cela dit, prenant l'attitude d'un jeune premier, il saisit délicatement, avec deux doigts, la houpette de son casque, nous fit deux ou trois saluts en reculant et disparut. Cette expli-

inflammatoires, globules purulents, globules pyoïdes, granulations, dans les ganglions, où ils aboutissent et où ils s'entassent.

Or, ici, nous trouvons quelque chose d'analogue. Ce malade avait été atteint d'une blennorrhagie qui a duré longtemps, c'est-à-dire qui a longtemps suppuré. Nous croyons que l'inflammation ou ses produits, c'est-à-dire les éléments du pus, ont gagné, de proche en proche, les conduits éjaculateurs, les vésicules séminales, le canal déférent et l'épididyme, et s'y sont accumulés. Et si ce mécanisme ne peut expliquer tous les cas, nous dirons encore que le testicule est exposé aux froissements, aux contusions, lesquels deviennent des causes d'inflammation et de suppuration. Permettez-moi de vous rapporter, à ce sujet, une instructive histoire :

Un de nos confrères vient me trouver. Il avait une double épididymite bosselée, fort dure, et se croyait atteint de cancer des testicules. Après examen attentif, je lui dis : Vous avez eu sans doute autrefois une blennorrhagie? — En effet, me répondit-il. — Eh bien, repris-je, c'est là la cause de votre maladie, et vous n'avez point de cancer. Et je lui expliquai alors, comme je viens de vous le dire, le mécanisme qui, selon moi, préside à cette induration épididymaire. J'ajoutai que *jamais le cancer n'atteint simultanément* les deux bourses. Puis, après l'avoir rassuré de mon mieux, je lui prescrivis un traitement approprié.

Après deux mois de ce traitement, il était guéri, mais pas encore rassuré. Six ans se sont écoulés depuis sans aucune récidive, et c'est à peine s'il peut croire à une guérison définitive, tant il avait été frappé de terreur. Mais d'ailleurs, vous le savez, il n'est pas rare de voir l'inflammation aiguë de l'urèthre se propager jusqu'à l'épididyme ; pourquoi donc, dans le cas chronique, cette propagation ne pourrait-elle avoir lieu?

Il résulte de tout ceci une conclusion pratique bien importante : En face de ces malades, faut-il rester inactif? Le résultat auquel nous a conduit cette discussion nous permet de trancher la question. Non, Messieurs, il ne faut pas rester inactif; il faut agir, parce que, le plus ordinairement, ce n'est point du tubercule, et que cette affection toute locale alors n'a point de tendances à se généraliser ; il faut agir, parce que tous les individus qui suppurent, quelque petite que soit leur plaie, sont exposés aux complications les plus graves, comme l'érysipèle et l'infection purulente. Il faut agir comme on agit chez les strumeux, qui offrent des adénites cervicales suppurées, caséeuses, fistuleuses ou non. Faut-il faire la castration? Rarement.

---

cation nous sembla si simple et si rationnelle qu'elle nous fit éclater de rire. Nous le rappelâmes un instant après; et, cette fois, ce fut pour trinquer avec nous; ce qu'il accepta très-gracieusement. — Vous le voyez, Messieurs, dit-il en nous remerciant, j'avais raison en vous disant que le plaisir.....

Demain, nous partons pour Thun et Interlaken, par un temps superbe.

Bien à vous. BONNAFONT.

ÉTOFFES RENFERMANT DE L'ARSENIC. — On lit dans la dernière livraison de la *Revue allemande* publiée par l'Office impérial de santé :

« En ce moment, le commerce met en vente des étoffes de coton imprimées en couleurs bleue, rose et grise, qui contiennent de fortes doses d'arsenic. Les recherches faites au laboratoire de l'Office impérial de santé ont constaté que l'arsenic contenu dans ces étoffes ne provient nullement de l'emploi de matières colorantes arsenicales, mais uniquement des mordants et des substances employés pour leur apprêt. Selon la recette déposée à l'Office de santé, un tel apprêt pour l'impression en bleu, rose et gris contient, sur toute sa masse, presque un sixième d'arséniate de soude. Ces sortes d'étoffes, par suite de leur contenance arsenicale, pouvant devenir très-dangereuses pour la santé publique, l'Office impérial croit de son devoir de mettre les teinturiers et les imprimeurs en garde contre l'emploi de ces sortes d'apprêts, et de les rendre surtout attentifs sur l'existence, en quantité suffisante, d'apprêts complétement inoffensifs qui trouvent dans la pratique de la teinturerie le même emploi que ceux indiqués ci-dessus. »

L'opération de l'abrasion est une excellente opération qui suffit habituellement, et si nous avions pu la pratiquer ici, notre malade ne serait probablement pas mort.

Mais je dois ajouter que je ne recule pas devant l'ablation du testicule, c'est-à-dire la castration, quand l'organe tout entier est le siége de la maladie. J'ai même pratiqué, sur un jeune commis de nouveautés âgé de 25 ans, une double castration il y a plus de vingt années, et la guérison ne s'est jamais démentie. Il est devenu obèse, il n'a jamais toussé, et ce qu'il y a de fort curieux, c'est qu'il prétend remplir exactement, et avec efficacité, tous ses devoirs conjugaux.

ANOMALIE

NOTE SUR L'ÉRUPTION D'UNE INCISIVE CENTRALE CHEZ UNE FILLE AGÉE DE 6 JOURS;

Par le docteur PERREYMOND (de Toulon).

Il y a deux ans, M. le docteur Dumas (de Cette) publiait dans ce journal une observation semblable. La rareté du fait et les phénomènes qui ont précédé cette éruption dentaire précoce m'ont engagé à en faire le sujet de cette courte note.

Néanmoins, il n'est pas que ces éruptions anormales n'aient pas déjà été remarquées par les anciens : Eustachi (*Opuscula anatomica*), Colombo (*De re anatomica*), Ranchin (*De morbis puerorum*) ont observé des enfants de naissance qui avaient deux ou même trois rangées de dents. Il y a plus, on a vu quelquefois des dents croître au fond du palais. Récemment, M. le docteur Magitot a fait, dans un ouvrage magistral, l'histoire complète des anomalies de l'éruption dentaire. Mais voici le fait :

La fille d'une dame de Toulon, née le 6 novembre dernier, présente, quelques jours après la naissance, une agitation extrême : fièvre, pleurs continus, refus de prendre le sein; diarrhée. Le samedi 9, on s'aperçoit que le maxillaire supérieur présente, à gauche, vers la partie médiane, une petite tumeur livide. Le dimanche 10, cette tumeur était devenue noirâtre, et la lèvre supérieure était enflée d'une manière considérable. La famille émet les hypothèses les plus étranges sur la nature de cette tumeur. Le lundi matin, 11, en donnant une cuillerée de tisane à l'enfant, on s'aperçoit qu'une petite incisive, parfaitement ossifiée et caractérisée, s'est fait jour à travers la muqueuse noire et ramollie. Dans l'après-midi, la dent tombe. A partir de ce moment, toute agitation disparaît et la lèvre supérieure tend à reprendre son volume normal.

Pendant mon internat à la Maternité de Toulon, j'ai observé un fait encore plus curieux : le 11 décembre 1873, une femme de 22 ans mit au monde un garçon très-vigoureux qui présentait de chaque côté de la partie médiane du maxillaire supérieur deux appendices qui n'étaient autres choses que deux bulbes dentaires non ossifiés, mais parfaitement libres et distincts. Ils se flétrirent et tombèrent quelques jours après.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, la source d'eaux minérales dite *Fontaine des Fonds bouillants*, située dans la localité de Saint-Parize-le-Châtel (Nièvre).

2° Les rapports généraux de MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales d'Audinac (Ariége) pour l'année 1876; — et de Rennes-les-Bains (Aude) pour la même année. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre par laquelle l'Académie est informée que le Congrès de l'Association britannique pour l'avancement des sciences siégera, le 14 août 1878 et les jours suivants, dans la ville de Dublin.

2° Une observation de chromidrose, envoyée par M. le docteur Vignes, médecin en chef de l'hôpital de Tarbes.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce que les membres chargés de régler les conditions du concours Gerdy, pour la nomination des médecins stagiaires des eaux minérales, sont MM. Béclard, Gubler, Pidoux, Broca, J. Lefort.

Ce concours aura lieu dans le courant du présent mois. Un seul candidat se présente, c'est M. Monnard, interne des hôpitaux de Lyon.

—

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL dépose sur le bureau, de la part des auteurs :

1° Les premières publications de la Société d'hygiène, offertes par M. le docteur Prosper de Pietra Santa, secrétaire de cette Société.

Cette Société, dit M. de Pietra Santa, qui a l'honneur de compter parmi ses membres honoraires plusieurs membres de l'Académie, s'est donné pour but, à l'exemple de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, l'étude la plus variée et la vulgarisation la plus large des questions afférentes à l'hygiène individuelle et sociale.

Les principaux moyens d'action consistent dans des conférences sur des questions déterminées, et dans la publication de traités spéciaux et élémentaires à l'usage du plus grand nombre :

Docteur de Pietra Santa : La Société française d'hygiène, sa raison d'être, son but, son avenir ;

Docteur E.-J. Maurin : Rapport des lois et des mœurs avec la population;

M. C. Tollet : Réforme du casernement et les bains douches ;

M. A. Goltrain : Tannage des peaux (perchlorure de fer) ;

M. Placide Couly : Secours publics à Paris.

2° Les *Archives médicales du département du Rhône.*

3° Une brochure de M. le docteur Hovelacque, intitulée : *Les médecins et la médecine dans l'Avesta.*

4° Un volume de M. Péan, sous le titre : *Du pincement des vaisseaux comme moyen d'hémostase.*

4° *L'homœopathie devant l'Académie de Bruxelles, en* 1877.

5° Quatre volumes sur l'unité médicinale, — en italien.

M. VULPIAN fait hommage à l'Académie d'un volume de M. Dareste, intitulé : *De la tératogénie.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Cap, membre associé, et celle de M. Haime, de Tours, correspondant.

—

M. BARTHEZ donne lecture d'un rapport officiel, demandé par M. le ministre de l'instruction publique, sur un instrument proposé par M. le docteur Burguet, et destiné à protéger le chirurgien des dangers qui résultent de l'aspiration faite par la bouche de l'opérateur après la trachéotomie.

M. Barthez, tout en rendant hommage aux bonnes intentions de M. le docteur Burguet, dit qu'il n'y a pas lieu d'apprécier la valeur de l'instrument, attendu que l'aspiration dont il s'agit est complétement inutile.

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée.

—

M. TARNIER, au nom de la commission du prix Capuron pour le concours de 1876, donne lecture du rapport sur le seul ouvrage qui ait été envoyé, et conclut qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

—

M. le docteur SPIRIDION LIVITZIANOS, donne lecture d'un travail sur la peste de Bagdad, qui est renvoyé à une commission composée de MM. Briquet, Le Roy de Méricourt et Rochard.

— A trois heures et cinquante minutes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre des lectures de rapports sur les prix, et sur les candidatures à la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre 1877. — Présidence de M. PANAS.

M. de Saint-Germain, secrétaire général, donne lecture d'un travail de M. Heurtaut (de Nantes), membre correspondant, intitulé : *Du phlegmon sous-ombilical.* C'est là, suivant lui, une affection particulière caractérisée par une tumeur demi-elliptique, dont la base regarde en haut et effleure la cicatrice ombilicale, qui affecte une forme symétrique, occupe une

position médiane, et qui, au premier abord, peut être confondue avec une affection non inflammatoire.

— M. de Saint-Germain, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Gillette et de Saint-Germain, rapporteur, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Krishaber, intitulé : *De la trachéotomie par le thermo-cautère.* Il s'agit d'un homme de 58 ans qui, depuis quatre ans, présentait des troubles de la voix, et, depuis six mois, une dyspnée assez intense. M. Isambert, qui examina le malade au laryngoscope, reconnut la présence d'un polype dans la larynx. On chercha à détruire la tumeur par la cautérisation ; on parvint, par ce moyen, à la diminuer notablement de volume ; cependant, peu de jours après, les accidents reparurent, et il survint un œdème considérable qui nécessita la trachéotomie. Cette opération fut faite par M. Krishaber en présence de M. de Saint-Germain. Les parties molles furent divisées avec le thermo-cautère, deux pinces hémostatiques furent placées sur deux vaisseaux qui donnèrent un peu de sang ; la trachée fut ouverte avec le bistouri, la canule fut introduite sans difficulté, il n'y eut pas d'accidents consécutifs. La conclusion de M. Krishaber est que l'emploi du thermo-cautère a notablement simplifié l'opération et ses suites. Tel n'est pas l'avis de M. le rapporteur qui, fait observer que M. Krishaber a eu affaire, dans ce cas, à un malade très-docile, dont le cou était très-long et très-maigre, circonstances extrêmement favorables, et qui ne doute pas que le bistouri n'eût donné d'aussi bons résultats. Les conclusions du rapport sont :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante communication ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Notta (de Lisieux) donne lecture d'une observation intitulée : *Tumeur fibreuse de la paume de la main ; difficulté du diagnostic ; guérison.* Voici cette observation :

Rivière, 38 ans, tanneur, maigre, d'une constitution délicate, éminemment nerveuse, vit apparaître, il y a une dizaine d'années, à la partie externe et inférieure de l'éminence thénar de la main droite, en dedans du pouce, une petite grosseur du volume d'une noisette, douloureuse seulement sous l'influence du choc. Indolente à la pression, elle ne l'empêchait pas de se servir de sa main et de se livrer aux travaux de sa profession. La tumeur augmenta insensiblement de volume, et, aujourd'hui, le malade se présente dans l'état suivant :

A la partie inférieure de l'éminence thénar, on observe une tumeur du volume d'un œuf de poule se prolongeant, d'une part, dans la paume de la main, et, de l'autre, faisant saillie dans l'intervalle qui sépare le premier du second métacarpien. Cette tumeur est légèrement bosselée, sans changement de couleur à la peau, qui ne lui adhère pas. En la saisissant avec les doigts, on ne peut lui imprimer aucun mouvement, et elle paraît adhérer au premier et au deuxième métécarpien. Au niveau de sa partie la plus saillante, dans le premier espace métacarpien, elle donne une sensation de fluctuation des plus évidentes. A la pression, elle est médiocrement douloureuse, un choc y provoque une vive douleur. Les mouvements des doigts ont conservé leur intégrité. Une ponction pratiquée dans la partie fluctuante donne du sang pur.

Le lendemain, 13 août, je pratique l'ablation de la tumeur. Préalablement, le malade a été chloroformé, et une bande d'Esmarch a été appliquée sur la main et l'avant-bras. La dissection de la tumeur nous permet de constater qu'elle n'adhère pas au métacarpien, et qu'elle s'enfonce dans la paume de la main, entre les tendons des fléchisseurs et la voûte ostéo-fibreuse formée par les métacarpiens. La plaie est bourrée de charpie.

Le 1er octobre, la plaie est presque cicatrisée ; la liberté des mouvements des doigts est conservée ; l'index seul est légèrement fléchi.

Examen de la tumeur : Elle présente la forme d'une poire dont la petite extrémité était située profondément derrière les tendons des fléchisseurs, et la grosse extrémité faisait saillie dans le premier espace intermétacarpien. Sa surface est bosselée, irrégulière. Incisée dans son plus grand diamètre, elle paraît constituée par du tissu fibreux. Au niveau de la partie ponctionnée est une grande cavité pleine de sang coagulé ; au-dessous, le tissu fibreux dans une certaine étendue, est infiltré de sang en voie de résorption.

Le diagnostic des tumeurs de la main présente souvent de grandes difficultés ; et ici elles ne nous ont pas été épargnées. Tout d'abord la nature de la tumeur n'a pu être précisée. En effet, nous avions affaire à une tumeur dont le début remontait à dix ans, et qui, jusqu'à ces derniers temps, s'était développée très-lentement. Cette circonstance était bien faite pour éloigner l'idée d'une tumeur maligne. Dans sa partie la plus saillante, la sensation de fluctuation était si nette, si évidente, que l'on était porté à admettre l'existence d'une poche pleine de liquide, d'un kyste, par exemple. Pour m'en assurer, je pratiquai une ponction et n'obtins qu'un écoulement abondant de sang pur. Je pensai alors avoir affaire à un encéphaloïde ramolli. J'y étais d'autant plus autorisé que le père de ce malade était mort d'un cancer

de la main qui s'était généralisé. Je me préparai donc à enlever la tumeur, après avoir prévenu la malade que je lui ferais peut-être l'amputation de la main, si dans le cours de l'opération je trouvais la tumeur confondue avec les os du métacarpe. Grande fut ma satisfaction lorsque je reconnus qu'elle pouvait être énucléée, et qu'elle était composée de tissu fibreux. J'appelle l'attention sur ce fait que les tumeurs fibreuses peuvent se ramollir et se vasculariser au point de simuler les tumeurs encéphaloïdes. Cependant l'époque du début pourra servir à les différencier.

Je ne terminerai pas sans faire remarquer que la grande gaîne du fléchisseur a pu être largement ouverte, suppurer sans donner lieu à aucun accident, et que les mouvements des doigts ont pu se rétablir dans leur intégrité.

M. Desprès fait observer qu'il y avait un grand intérêt à ce que cette tumeur fût examinée au microscope. Les tumeurs de cette région sont rares, en effet; on y rencontre des tumeurs dites érectiles des muscles; il y en a des exemples au musée Dupuytren; il serait intéressant de savoir si la tumeur observée par M. Notta ne se rapproche pas de cette variété de tumeurs dites érectiles.

M. Verneuil pense de même qu'il est indispensable que l'examen microscopique de cette tumeur soit fait aussi complétement que possible. Il rappelle, à ce sujet, avoir enlevé dans cette région un anévrysme guéri, qui avait été pris pour une tumeur fibreuse.

M. Notta a pu suivre, depuis dix ans, le développement progressif de cette tumeur et affirme qu'elle n'a jamais été le siége d'aucun battement.

M. Tillaux se rappelle avoir, avec M. Richard, enlevé une tumeur de l'avant-bras qui n'était autre qu'un ancien anévrysme; or, cette tumeur ne ressemblait en rien à celle que vient de nous présenter M. Notta. M. Tillaux ne croit pas qu'on puisse admettre ici l'hypothèse d'un ancien anévrysme; il s'agit simplement, suivant lui, d'une tumeur fibreuse avec un noyau sanguin dans son intérieur.

La pièce présentée par M. Notta est renvoyée à une commission composée de MM. Houel, Tillaux et Desprès.

— M. Le Dentu rappelle qu'il a présenté récemment (séance du 10 octobre) une tumeur du fémur pour laquelle il a dû pratiquer la désarticulation de la hanche. La pièce, à ce moment, était fraîche et n'avait, par conséquent, pas encore été soumise à l'examen histologique. Cet examen, pratiqué depuis par M. Chambard, dans le laboratoire de M. Ranvier, a montré qu'il s'agissait d'un myxome chondromateux, avec commencement d'ossification.

— M. Bacchi, au nom de M. le professeur Bocchini (de Pavie), présente : 1° Un cathéter destiné à porter un thermo-cautère dans la vessie; 2° un hystérotome.

— M. Verneuil communique un fait de plaie de l'avant-bras avec une anomalie artérielle. Il s'agit d'un ouvrier très-grand, très-robuste qui, le matin même, avait reçu un coup de scie triangulaire au niveau de la partie moyenne de l'avant-bras, à l'union de la face interne et de la face antérieure de l'avant-bras. Cette plaie donna lieu à une hémorrhagie abondante, qui avait nécessité la compression de l'artère humérale pendant le transport même du blessé. Il était aisé de reconnaître qu'il s'agissait d'une plaie de l'artère cubitale, à la partie moyenne. M. Verneuil appliqua la bande d'Esmarch et incisa en haut et en bas, afin de mettre à nu cette artère pour la lier; il écarta les muscles et découvrit le nerf cubital, au côté interne duquel il devait trouver l'artère. Il la chercha à ce niveau sans pouvoir la trouver. S'apercevant alors que le jet de sang était plutôt superficiel, il perta ses recherches dans la peau et trouva l'artère cubitale dans le tissu cellulaire sous-cutané; il put lier alors ses deux bouts.

Avant de commencer l'opération, M. Verneuil avait eu soin de s'assurer de l'état de la sensibilité du membre, et s'il avait tenu plus grand compte de cette circonstance qu'elle était soulevée, il aurait été amené plus tôt à rechercher l'artère ailleurs que dans son siége normal, car il est exceptionnel que l'artère cubitale soit coupée sans que le nerf le soit aussi. Il fait observer en outre que, dans ce cas, la bande d'Esmarch a été plus nuisible qu'utile, en ce sens que, s'il s'était contenté de la compression de l'humérale, en la faisant cesser momentanément, il aurait mieux vu d'où venait exactement le jet sanguin.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

—

Traitement de la fièvre typhoïde. — G. Johnson.

Dans la majorité des cas de fièvre typhoïde, l'auteur se contente de prescrire des soins minutieux, et un régime alimentaire approprié à l'état du malade. La nourriture qu'il préfère se compose de lait, de thé de bœuf et de deux œufs crus pour les vingt-quatre heures. Il y ajoute

du vin ou du cognac en proportions variables, et particulièrement dans les périodes avancées de la maladie. S'il y a lieu de combattre l'insomnie, il administre le chloral. Il rejette les limonades et les boissons acidules comme trop excitantes. Quant à la diarrhée, l'usage exclusif du lait constitue le meilleur moyen de la combattre. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 22 Novembre 1816.

Mort d'Édouard-François-Marie Bosquillon, professeur au Collége de France, helléniste distingué, et bien connu par des travaux étendus sur Homère, sur tous les médecins grecs, mais particulièrement sur Hippocrate. Il enrichit, de plus, la littérature médicale française de plusieurs ouvrages, classiques en Angleterre, et qui méritaient de l'être partout. — A. Ch.

COURRIER

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 23 novembre 1877.

Ordre du jour : Cas rares de chancres multiples du sein, par M. Alfred Fournier. — Observation d'anévrysme de l'aorte, par M. Dujardin-Beaumetz.

École de pharmacie. — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination de M. le docteur Bourgoin comme professeur de pharmacie galénique à l'École de pharmacie, en remplacement de M. le professeur Chevallier, mis à la retraite. Depuis plusieurs années déjà M. Bourgoin faisait le cours de pharmacie avec un succès qui ne s'est pas démenti.

La distinction dont il est l'objet aujourd'hui est la juste récompense de ses efforts. Le choix de l'École sera ratifié par tous les élèves, anciens ou nouveaux. Ajoutons que M. Bourgoin, pharmacien en chef des hôpitaux, a été nommé professeur agrégé de la Faculté de médecine à la suite d'un brillant concours. L'École de pharmacie compte une majorité de jeunes professeurs. (*Journ. des conn. méd.*)

Les médecins de nuit. — Il n'y a que 70 médecins inscrits aux commissariats, susceptibles d'être appelés auprès des blessés ou malades pour le service de nuit.

Depuis que ce service fonctionne, 5,000 visites ont été faites et 500 médecins ont été requis.

A l'avenir, les médecins requis par les agents recevront un bon de 10 fr. par visite, et ceux appelés pour des constatations par les commissaires de police et qui, dès lors, ne pourront se méprendre sur la nature du concours qui leur sera demandé, continueront à recevoir l'allocation de 6 francs fixée par le décret du 18 juin 1811.

Exposition d'enfants. — Une singulière exhibition que celle qui vient de s'ouvrir à Boston : c'est une exposition d'enfants.

240 concurrents se sont disputé les prix. L'enfant le plus gros qui a été exposé était un enfant du district de Roxbury, âgé de 2 ans, et pesant 58 livres. Le plus petit était une petite fille de 3 mois pesant 6 livres.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Chirurgie infantile; orthopédie.* — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé des traitements orthopédiques des hôpitaux, reprendra ses leçons cliniques le jeudi 29 novembre, à neuf heures, et les continuera les jeudis suivants.

Il passera en revue, cette année, les principales malformations et difformités.

Tous les jours, à 8 heures 1/2, visite au lit des malades et consultation.

Le jeudi, conférence clinique et opérations. — Le samedi, consultation réservée à l'examen des malades atteints de difformités et à l'application des appareils orthopédiques.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 15 novembre 1877, on a constaté 837 décès, savoir :

Fèvre typhoïde, 14 décès; — rougeole, 16 ; — scarlatine, 2; — variole, 0; — croup, 12; — angine couenneuse, 25; — bronchite, 32 ; — pneumonie, 69 ; — diarrhée cholériforme, 5; — choléra-nostras, 0 ; — dysenterie, 1; — affections puerpérales, 1; — érysipèle, 5; — affections aiguës, 222; — affections chroniques, 363 (dont 157 dus à la phthisie pulmonaire) ; — affections chirurgicales, 43 ; — causes accidentelles, 27.

A Londres, du 4 au 10 novembre 1877, on a compté 1,448 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

INAUGURATION DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Discours d'ouverture prononcé par M. l'Inspecteur général CHAUFFARD.

L'inauguration de la Faculté de médecine de Lyon a eu lieu mercredi dernier, dans les salles de l'hôtel Saint-Pierre, sous la présidence de M. l'inspecteur général Chauffard, délégué par M. le ministre de l'instruction publique. Toutes les autres Facultés étaient présentes, et l'assistance était nombreuse. M. Claude Bernard, délégué par l'Académie de médecine, indisposé, s'est fait excuser.

Trois discours ont été prononcés : le premier, par M. Chauffard; le deuxième, par M. Dareste, recteur de l'Académie de Lyon; le troisième, par M. Lortet, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

Nous publions le discours de M. Chauffard, qui a été chaleureusement applaudi. Ce discours nous est parvenu mercredi dans l'après-midi, quelques heures après qu'il venait d'être prononcé, mais trop tard pour que nous pussions le publier dans notre numéro de jeudi.

Voici le discours de M. Chauffard :

Messieurs,

Je prends la parole, dans cette réunion solennelle, au nom d'une Faculté naissante, et pour saluer sa bienvenue au milieu des autres Facultés lyonnaises. Un grand, un heureux fait, la rénovation de notre enseignement supérieur, s'accomplit en notre pays, voulue de tous, malgré les mouvements divers de l'opinion. La création de la Faculté de médecine de Lyon est un témoignage éclatant de cette rénovation si désirée et trop longtemps attendue.

Créer une Faculté de médecine, Messieurs, est une entreprise considérable, et qui nécessite, aujourd'hui, un ensemble incomparable d'efforts. La science de l'homme vivant, sain ou malade, a acquis, en effet, de telles proportions, appelle à elle un tel concours de sciences toutes destinées à prendre une indispensable part dans l'analyse de la vie humaine, a si prodigieusement étendu ses recherches et ses méthodes, a rencontré, dans les profondeurs de l'organisme, un fonds si merveilleux et si inépuisable de faits et d'observations, qu'ouvrir à cette science un nouveau centre de culture et de développement devient l'une des entreprises les plus complexes et les plus laborieuses, l'une de celles qui réclament les plus puissantes ressources. Étudier la vie, l'étudier sous toutes ses formes, la suivre dans toutes ses directions, la montrer dans l'harmonie finale de ses fonctions, lui arracher quelques-uns de ses

FEUILLETON

CAUSERIES

Ne trouvez-vous pas que les psychiatres actuels multiplient d'une manière effrayante les cas de dérangement d'esprit? Les adversaires de la loi de 1848, cette loi si sage, si modérée, si soigneuse des garanties à assurer à la liberté individuelle, se sont donné certainement le tort grave d'attaques injustes et passionnées. De très-légères modifications suffiraient pour rendre cette loi parfaite, et, tous les jours, les faits les plus tristes et les plus douloureusement tragiques viennent démontrer que ce n'est pas par la sévérité que cette loi pèche dans son application, mais, au contraire, par des relâchements funestes. Cependant, il ne faut abuser de rien et ne pas mettre au rang des malheureux justifiables de la médecine psychiatrique, certaines irrégularités de conduite, certaines excentricités de caractère, certaines habitudes bizarres qui ne relèvent en aucune façon de l'insanité.

Par exemple, on vient de décrire, dans des publications récentes, deux formes nouvelles de dérangement d'esprit que nos célèbres et anciens aliénistes auraient eu peut-être quelque répugnance à faire entrer dans le cadre des vésanies. Ainsi, un aliéniste très-distingué, qui donne à tous ses écrits le charme et l'entraînement de la forme, a publié un travail, très-séduisant du reste, sur une forme de dérangement intellectuel qui se manifeste par la peur des grands espaces, par la crainte de traverser les grandes places publiques, et, à ce désordre intellectuel, il a donné le nom qu'il ne faut pas être très-fort en grec pour en comprendre l'étymologie, le nom d'AGORAPHOBIE. Mais, aussitôt, j'ai rencontré un autre psychiatre qui a

secrets, toujours si profondément cachés, quel but! Et quel doit être l'enseignement qui prétend y conduire! Tel est, pourtant, celui que se proposent nos Facultés de médecine. Quelle œuvre est la leur, alors qu'elles veulent pleinement la remplir, qu'elles prétendent satisfaire aux exigences multipliées de la science nouvelle, à tous les besoins d'investigation pratique, qui sont la marque de la médecine contemporaine, alors surtout qu'elles ont l'ambition de contribuer à cette acquisition incessante de faits nouveaux; à ce développement de la science et de l'art, qui sont devenus la plus noble passion de ce temps!

« Telle veut être, tous le savent déjà, la Faculté de médecine de Lyon; telle elle sera, j'ose l'affirmer d'avance. J'eusse voulu une voix plus autorisée et plus élevée que la mienne pour inaugurer le vaste et militant enseignement qui va devenir l'un des honneurs de cette grande cité. Je me rassure à peine par la pensée que nul n'a souhaité plus ardemment que moi ce jour enfin venu. J'ai l'espérance que mon dévouement à l'œuvre naissante me sera compté à ce moment où l'œuvre est née, et me vaudra votre bienveillance en parlant de nos efforts et de nos désirs communs.

Trois grandes forces, Messieurs, fondent les institutions humaines, et en assurent, si elles ne fléchissent pas, la durée prospère. Ces forces, partout les mêmes, s'appelant et se soutenant les unes les autres, sont la tradition, le pouvoir et la volonté! Ces forces nécessaires, je les rencontre vivaces et présidant d'elles-mêmes à l'organisation de cette grande Faculté.

Une tradition! Vous vous étonnez peut-être que je puisse invoquer un tel mot, alors que vous entrez à l'existence, et que, si vous devez léguer des traditions à vos successeurs, vous, nés de ce jour, vous paraissez n'en posséder aucune. N'en croyez rien; vous êtes des héritiers; vous avez des traditions et fortes et déjà glorieuses, et ce sont elles qui ont permis d'instituer parmi vous, et avec tant d'éclat, ce corps enseignant, respecté et apprécié avant même qu'il ait agi et enseigné. Ces traditions, ce sont celles de ce grand Corps médical lyonnais, d'une renommée si bien établie, et qui avait tellement conquis sa part d'action dans notre mouvement médical, que l'on ne peut, par la pensée, le supprimer sans que la science et l'art n'en soient ouvertement diminués. Que de noms j'aurais à citer si je voulais mentionner tous ceux qui, d'entre les morts ou parmi les vivants, se sont inscrits ici, non-seulement parmi les illustres de la médecine lyonnaise, mais encore parmi les noms durables de notre science. Je ne puis nommer aucun de ceux qui m'écoutent; je n'ai nul besoin d'ailleurs de prononcer des noms qui sont sur les lèvres de tous; mais je puis, en me reportant au passé d'hier, rappeler le grand nom de Bonnet, qui personnifie si noblement la médecine et la chirurgie lyonnaises. Quelle gloire plus pure et mieux établie! et quelle Faculté ne serait fière de le posséder! Ne devez-vous pas l'inscrire parmi vos ancêtres, et n'est-il pas l'un des créateurs de la Faculté qui s'ouvre aujourd'hui?

Vous avez donc des traditions. Si j'étudie les caractères généraux qu'elles présentent, je les trouve marquées de ce double signe, l'amour de l'érudition, et celui de l'observation libre et indépendante de la nature, celui d'une expérimentation féconde dont l'art de guérir est le but.

---

trouvé une autre manifestation de désordre mental tout opposé au précédent et qui se traduit par la peur des petits espaces et le désir de fuir les lieux fermés. Il a donné à cette nouvelle vésanie le nom de CLITROPHOBIE. Mon grec ne va pas jusqu'à saisir l'étymologie de ce néologisme, et la paresse m'empêche de prendre sur un rayon de ma bibliothèque le dictionnaire grec-français d'Alexandre, qui me rendrait sans doute aussi savant que l'auteur.

Franchement, je crois qu'il faudra beaucoup et beaucoup, et encore beaucoup d'autres observations pour faire admettre dans le cadre nosologique et l'agoraphobie et la clitrophobie. Et les individus qui ne peuvent monter au-dessus d'un troisième étage sans être pris de vertiges! Et ceux qui, sans horripilations, ne peuvent descendre dans une cave ou dans un lieu obscur! Et tous ces pauvres névropathes que le moindre bruit fait souffrir, qu'un nuage qui passe bouleverse, que le vent du sud ou du nord incommode, tous ces malheureux martyrs de l'air, des eaux et des lieux, vous ne les classez pas, et vous avez raison, parmi les insensés; apportez donc la même prudence et la même réserve envers quelques excentricités de mœurs, de caractère ou de tempérament qui ne troublent en rien les fonctions essentielles de l'intelligence.

Quelle énorme consommation de calmants, de sédatifs, d'antinévralgiques et d'hypnotiques font quelquefois ces malheureux névropathes. Voici ce qu'on lit dans le dernier numéro de la *Revue politique et littéraire,* sous ce titre : *Un mangeur d'opium,* qu'il eût été plus juste d'intituler un *buveur* d'opium.

Il s'agit de Thomas de Quincey, célèbre littérateur anglais, et qui a fait de l'opium un usage tel, qu'aucune créature humaine ne pourrait certainement imiter cet exemple sans danger pour la vie. Voici ce qu'on lit dans cet article :

« De Quincey en avait commencé le désastreux usage à l'âge de 19 ans. Il l'attribue à la

L'École de Lyon a souvent compté, au premier rang de ceux qui lui faisaient honneur, des érudits, connaisseurs exellents de l'antiquité médicale. Plusieurs même aimaient à se délasser des travaux de la pratique dans la culture cachée des pures belles-lettres, dans l'étude reprise et poursuivie de ces anciens classiques, maîtres souverains du goût, immortels initiateurs de l'art de bien penser et de bien dire, et ces mêmes médecins, amis fervents de l'érudition et des lettres, redevenaient, au lit du malade, observateurs patients et perspicaces, novateurs hardis en thérapeutique, créateurs de méthodes ou d'opérations chirurgicales destinées à accroître ce fonds puissant de ressources que l'art oppose aux infirmités ou aux lésions qui assaillent l'homme vivant.

Ces traditions, léguées par vos devanciers, sont bonnes à recueillir, Messieurs, et je sais que tel est votre sentiment. Vous honorez l'érudition qui féconde l'esprit, et qui ajoute un ornement nécessaire aux connaissances pratiques qui forment plus particulièrement notre but; vous savez quelle aide elle nous apporte, quelle sûreté elle imprime à nos jugements, combien elle nous préserve d'assertions téméraires ou présomptueuses. Si tout semble fait autour de vous et dans la Faculté nouvelle pour imprimer aux études un caractère expérimental et pratique, vous conserverez cependant le souvenir, et vous ne craindrez pas de suivre les traces de ces vieux maîtres de la médecine lyonnaise qni savaient aussi bien mériter le nom d'érudits que celui d'observateurs profonds ou d'opérateurs habiles.

Une autre de vos traditions, Messieurs, et l'une de celles qui ont le plus contribué à la force et à l'éclat de la médecine lyonnaise, c'est le respect et l'autorité du concours, depuis longtemps institué, sous des formes et des degrés divers, pour tous ceux qui aspiraient à prendre rang dans la médecine hospitalière. Les grands concours du majorat, ceux de l'Hôtel-Dieu, de la Charité et de l'Antiquaille, les concours pour les places de médecins dans ces hôpitaux, le concours lui-même de l'internat, ont été le stimulant puissant et presque les créateurs de la médecine lyonnaise. C'est à eux, c'est à leur action continue et traditionnelle que nous devons d'avoir pu trouver ici tant d'éléments d'une solide Faculté. Ces concours ont été créés et maintenus avec un soin jaloux par l'administration des hôpitaux de Lyon; c'est ainsi que cette administration si respectée a préparé de loin la création de la Faculté de médecine, et que nous lui devons tous une profonde reconnaissance, non-seulement pour le bien qu'elle a su faire aujourd'hui, et que je rappellerai bientôt, mais encore pour tout le bien qu'elle a réalisé dans le passé, et qui a si manifestement préparé le présent.

Cette tradition du concours, l'Université ne vient pas l'amoindrir parmi vous. L'Université de France, elle aussi, aime le concours. Si elle n'en fait pas la condition nécessaire pour tous ceux qu'elle élève au professorat, elle le maintient, dans toute sa rigueur, pour l'obtention de ce titre d'agrégé qui ouvre la grande porte à l'entrée de nos Facultés. C'est parce que l'agrégé a déjà montré, dans le concours, l'étendue de ses connaissances et ses aptitudes pour l'enseignement, qu'il ne lui est plus demandé ces mêmes preuves pour le titre de professeur, et que pour lui attribuer une chaire on n'interroge plus que sa vie scientifique, ses recherches origi-

---

nécessité où il avait été de rendre tolérables des douleurs de tête qu'il devait sans doute à ses jours faméliques et à ses nuits glacées pendant son année de bohême. Un étudiant en médecine, de ses amis, lui avait, paraît-il, donné le conseil de calmer par l'opium ses accès de névralgie. De Quincey découvrit un pharmacien « béatifique » qui, pour quelques pièces de monnaie de cuivre, se fit le ministre de plaisirs célestes. « La panacée était trouvée! s'écriet-il dans ses *Confessions;* j'avais rencontré au fond d'une boutique le secret de ce bonheur sur lequel les philosophes disputaient depuis des siècles; désormais je pouvais l'acheter pour un sou et l'emporter dans la poche de mon habit. Je possédais des extases portatives; on pouvait me les mettre en bouteilles, me les expédier par la diligence. — On croira que je veux rire en m'entendant parler ainsi, continue de Quincey; je puis assurer le lecteur que nul ne rira longtemps qui en aura fait l'expérience. Un mangeur d'opium ne rit pas. Les plaisirs de l'opium sont graves, solennels. Celui qui les éprouve ne saurait, fût-il au comble des délices, se présenter avec le caractère de l'*allegro;* il pensera, il parlera toujours comme il convient au *penseroso.* »

« De Quincey est graduellement arrivé, s'il faut l'en croire, à absorber trois cent quarante grains d'opium, ou huit mille gouttes de laudanum par jour. »

Quels effets produisaient le poison narcotique sur cet intrépide buveur d'opium? Voici :

« A la suite de cet excès, il tomba dans ces rêves étranges dont les *Confessions* nous font un tableau si délicieusement littéraire. Il vivait, nous dit-il, un siècle en une nuit. Il avait des sensations parfois qui lui représentaient un millénaire. Dans les premiers temps de cette surexcitation cérébrale, il ne voyait que merveilles d'architecture, villes et palais tels que l'homme éveillé ne peut en contempler ailleurs que dans les nuages. Un peu plus tard, ce

nales et ses travaux dogmatiques. Donc, aux concours imposés par l'administration hospitalière, et qui garderont leur haute importance, car le titre et les fonctions de médecin d'hôpital seront toujours de premier ordre dans une Faculté de médecine, nous venons ajouter un nouveau concours, celui de l'agrégation, dont vous connaissez les longues épreuves et le caractère élevé. Les médecins des hôpitaux et les agrégés, les uns et les autres nommés par le concours, tel est le milieu où doit se recruter une Faculté de médecine. Ce milieu, Lyon l'offrira bientôt dans toute sa vie et dans toute son animation. Si le présent est déjà beau, quelles espérances ne doit pas faire concevoir l'avenir !

Aux traditions, il faut joindre le pouvoir, c'est-à-dire tous les moyens d'action et d'enseignement. D'ailleurs, les traditions créatrices ne se développent pas indifféremment et partout; mais uniquement dans les milieux où elles rencontrent des éléments propices et comme un aliment approprié à leur vitalité propre. Une Faculté de médecine ne saurait trouver et recueillir de fortes traditions, ne peut s'établir et prospérer que dans un milieu d'où surgissent des éléments d'observation médicale abondante et incessamment renouvelés. Il faut livrer à cette Faculté, comme terrain d'une haute et riche culture scientifique, de vastes hôpitaux ouverts aux maladies générales, des hospices où se réfugient toutes les maladies spéciales et toutes les misères incurables. C'est là le premier moyen d'action à livrer à une Faculté de médecine; c'est là qu'est la mesure de son pouvoir. En effet, malgré l'importance que la science moderne attache aux études de laboratoire, celles-ci, si développées qu'elles soient, ne sauraient jamais amoindrir la part qui revient aux études anatomiques et cliniques. Ces dernières restent les études fondamentales, autour desquelles doivent converger toutes les autres. C'est même la clinique qui doit ordinairement alimenter le laboratoire du médecin. Les analyses des liquides et des tissus de l'organisme, morbides ou normaux, forment nos vrais travaux de laboratoire; toutes nos autres études ne sont, à bien dire, qu'une préparation à celle-là. Les ressources cliniques d'une Faculté de médecine déterminent pour une grande part l'étendue et la fécondité de son enseignement. Elles seules permettent de donner à l'élève une instruction pratique sérieuse, et le mettent en contact direct et suivi avec le malade. Peu à peu, sous la direction et la surveillance de ses chefs, l'élève s'accoutume à l'art difficile d'observer, d'interroger, d'examiner, d'organe en organe, de soigner ceux qui souffrent.

Passant ensuite du lit du malade au laboratoire clinique, l'élève apprend à y développer ce que l'étude des symptômes et des signes de la maladie lui a déjà indiqué. Il analyse les produits morbides, examine au microscope les liquides et les tissus altérés par la maladie, il mesure, compte et pèse tous les éléments normaux et anormaux de ces liquides et de ces titres, il recherche surtout les conditions et les lois de l'évolution de la maladie et de la lésion, et ainsi il arrive à une connaissance des faits pathologiques aussi approfondie que le permettent les moyens d'analyse que les diverses sciences mettent à notre disposition. Qui ne voit que de telles études demandent une application de chaque jour, un renouvellement con-

---

furent des lacs, des océans sans vagues, d'immenses nappes argentées ; ensuite arriva ce qu'il appelle « la tyrannie du visage humain » : des figures connues ou inconnues venaient le regarder en face ; des millions de têtes flottaient sur les eaux, les yeux grands ouverts et tournés vers lui ; des masques humains pavaient la terre ; ils se levaient, implorants, furieux, désespérés, par milliers, par myriades, par générations, par siècles ! Enfin, des extravagances d'imagination orientale, des animaux hideux, serpents, chimères, crocodiles, prirent possession de son cerveau débilité. Le crocodile surtout, le hideux crocodile avec ses yeux qui le guettaient, sa gueule entr'ouverte, ne lui laissa plus de repos. Il s'éveillait, et quels objets s'offraient à sa vue ? Sa femme qui allaitait son dernier enfant ! ses aînés qui se tenaient par la main, attendant respectueusement que *papa* ouvrît les yeux pour lui montrer leurs souliers neufs ou les habits avec lesquels on allait les faire sortir ! Et le malheureux rêveur, bouleversé par la révulsion de sentiments que ce contraste produisait, fondait en larmes en les couvrant de ses baisers.

« Par un effort de volonté surhumaine, volonté qui faiblit plus d'une fois et laissa place à plus d'une rechute, de Quincey réduisit peu à peu sa dose d'opium à neuf grains par jour, environ deux cents gouttes de laudanum de Sydenham. Il parvint même, en 1848, âgé alors de 63 ans, à s'en abstenir complétement pendant deux mois et un jour. Mais il trouva la vie tellement intolérable, en l'absence de ce « bonheur en bouteille » dont il avait depuis quarant-cinq ans l'habitude, qu'il y revint de propos délibéré, et non comme il l'avait fait souvent, par involontaire faiblesse.

« L'opium n'a jamais produit chez de Quincey cet hébétement d'esprit, cet engourdissement de corps qui en sont, chez la plupart des organisations, les effets ordinaires. C'était, au contraire, sous l'action de ce poison que ses belles facultés prenaient leur essor. Pour que l'opium

tinu des faits d'observation; combien il faut avoir vu pour savoir un peu; et si l'élève se croyait bientôt en possession d'une connaissance complète ou suffisante des choses, le maître, le clinicien expérimenté est là pour lui dire et lui montrer combien cette connaissance est incomplète, combien l'observation doit être répétée, combien de détails échappent à une première vue, même attentive, combien nous sommes loin de savoir la pleine vérité sur la moindre des choses, combien il nous reste à rechercher, à voir et à apprendre sur les points mêmes qui paraissent les mieux connus et qui sont le plus fréquemment observés.

Une Faculté de médecine ne peut donc fournir un enseignement médical suffisant que si, fondée dans les cités populeuses, elle trouve à côté d'elle, et unis à elle par des liens étroits, ces grands hôpitaux où se déroule, avec une infatigable persévérance, le long et triste cortége des maladies humaines. Et ce n'est pas seulement parce que l'hôpital s'ouvre aux élèves, c'est aussi parce qu'il s'ouvre aux maîtres, que son influence s'établit et se fait sentir, et cela jusque dans l'enseignement dogmatique de la Faculté. Dans ces conditions, en effet, les professeurs de clinique ne sont pas les seuls à posséder un service hospitalier. La plupart des professeurs de la Faculté, ceux du moins qui occupent les chaires de médecine et de chirurgie, sont, en même temps et d'autre part, médecins des hôpitaux, et leur service hospitalier ne leur sert pas seulement à donner un supplément d'enseignement aux élèves qui sont attachés à ce service ou qui le suivent volontairement; ce service leur sert grandement à eux-mêmes. Il développe et ranime, au contact des réalités, l'enseignement théorique qu'ils sont appelés à donner. Que peut être un professeur de pathologie interne, ou de pathologie générale, ou d'anatomie pathologique, ou de thérapeutique, qui n'est pas médecin d'hôpital? L'observation de chaque jour n'est pas là pour vivifier ou rectifier l'enseignement qu'il fournit; il ne peut se livrer à aucune recherche originale; les traits saillants des choses ne se séparent pas sous ses yeux, et par l'action même de la nature, des traits accessoires; ses descriptions perdent peu à peu vie et couleur; il s'amoindrit fatalement, isolé du malade. Son enseignement devient à la longue froid, subtil et scolastique; il demeure infécond, et les auditeurs ne retrouvent pas, en l'écoutant, les échos animés de la clinique; la description de la maladie leur rappelle mal les impressions laissées par le malade, au lieu de les compléter et de les régler. Je veux bien qu'il y ait quelques exceptions à ce tableau; mais peut-il ne pas répondre à la réalité des choses?

Ce n'est également qu'au sein de très-grandes villes que se peut instituer largement l'enseignement de ce que l'on a appelé les spécialités médicales, et je n'ai pas à défendre devant vous l'importance qu'il faut attribuer aujourd'hui aux enseignements cliniques spéciaux. A ce point de vue là, Messieurs, combien est riche la cité lyonnaise! Quelles ressources infinies comprennent vos grands hôpitaux et hospices, l'Hôtel-Dieu, la Charité, l'Antiquaille et l'asile de Bron! Toutes ces ressources, nous avions à les utiliser au profit de la Faculté. Mais, pour cela, un concours puissant nous était nécessaire. Il fallait que l'Administration hospitalière consentît à accueillir l'enseignement de la Faculté au sein de ces beaux établissements qu'elle dirige; il fallait qu'elle consentît à donner à cet enseignement une large hospitalité, qui lui

---

agisse de cette manière, il faut, dit-il, une prédisposition au rêve très-marquée chez le sujet : or, cette prédisposition existait chez lui à un tel degré qu'il avait eu, à l'âge de 4 ans, de véritables songes apocalyptiques. L'opium n'a point créé l'imagination de Thomas de Quincey; la nature avait d'avance bourré de poudre son vaste cerveau ; la drogue paradisiaque y a mis le feu et en a tiré des éclairs. »

Quoique ces citations n'aient pas été prises dans un journal scientifique, j'ai cru pouvoir les présenter à mes lecteurs, car je ne crois pas que rien de plus saisissant ait jamais été dit sur les excès et les effets de l'opium.

On peut cependant remarquer que 8,000 gouttes de laudanum de Sydenham doivent représenter à peu près un demi-litre de vin d'Espagne qui entre dans la composition de ce narcotique, et qu'il faut tenir compte de l'excitation qu'une dose semblable de vin très-alcoolique peut produire sur l'organisme.

Mais quel service rendrait à l'humanité, qui de plus en plus se remplit de névropathes, la thérapeutiste qui rechercherait et trouverait le moyen de conserver à l'opium sa propriété sédative et hypnotique, sans que le patient fût obligé d'en augmenter progressivement les doses! Quelle belle découverte que celle du moyen de s'opposer à l'assuétude, à l'accoutumance! Le chloral jouit de cette admirable propriété d'être réfractaire à l'assuétude, si j'en juge du moins par ce qui se passe chez un névropathe de ma connaissance qui, depuis quatre ans, prend presque toutes les nuits la même dose de chloral avec le même bienfaisant résultat.

Que de choses à apprendre!

D[r] SIMPLICE.

permît de s'instituer avec toutes ses exigences scientifiques, et de façon à ce que toutes les ressources de la science et de l'art fussent mises à la disposition du professeur et des élèves. Cette généreuse, cette intelligente et libérale hospitalité, la Faculté de médecine l'a rencontrée. L'Administration des hospices de Lyon a accueilli notre Faculté comme un hôte longtemps désiré, avec lequel elle voulait contracter une alliance intime et féconde. Au nom du gouvernement, Messieurs, au nom de tous, je ne saurais trop remercier cette haute Administration de tout ce qu'elle a fait pour la bonne institution des services cliniques de la Faculté. C'est grâce à son bon vouloir, grâce à son dévouement aux intérêts de l'enseignement, aux intérêts de la cité qui voulait, elle aussi, que tout s'organisât pour la prospérité future de la Faculté de médecine, que nous pouvons aujourd'hui montrer, non sans fierté, les établissements cliniques de cette Faculté. Ils comptent, désormais, parmi les plus complets et les plus beaux qui existent.

Voici d'abord les cliniques médicales et chirurgicales de l'Hôtel-Dieu : toutes sont installées dans des salles distinctes, qui leur sont dévolues pour l'année entière, et non par alternance semestrielle; elles possèdent des amphithéâtres bien disposés, sont dotées de tous les moyens de recherches et d'analyse. Si à cela on ajoute la valeur et le zèle des professeurs qui vont occuper ces chaires et diriger ces services, on peut être assuré que l'enseignement de la clinique générale, à Lyon, répondra à sa mission, et sera l'un des honneurs de cette Faculté.

Ce ne sont pas seulement les cliniques générales que le concours de l'Administration des hospices a permis d'instituer dans tout leur développement; ce sont aussi les cliniques spéciales sous la forme de chaires magistrales ou de cours complémentaires. La Faculté de Lyon va inaugurer, en effet, l'enseignement clinique spécial sous des formes développées qu'il n'avait pas encore reçues en France. Lyon possédera une chaire de clinique ophthalmologique instituée à l'Hôtel-Dieu; une chaire de clinique des maladies de la peau placée à l'Antiquaille; une chaire de clinique des maladies mentales à l'asile de Bron; sans compter la chaire de clinique obstétricale et le cours clinique complémentaire de gynécologie et de maladies des enfants, établis à l'hospice de la Charité.

Ce sont là, Messieurs, des innovations importantes justifiées par vos traditions, par ces concours de majorat institués dans chacun de vos hôpitaux spéciaux, et qui avaient ainsi consacré des situations considérables, lesquelles, à leur tour, appelaient l'institution de chaires magistrales. C'est encore, j'aime à le répéter, la libéralité de l'administration hospitalière de cette ville, ce sont les sacrifices auxquels elle a consenti, qui ont ici permis d'élever au rang magistral des enseignements qui, ailleurs et à Paris même, n'obtiennent encore qu'une représentation amoindrie. Cette libéralité, je la signalerai surtout dans l'institution de la clinique ophthalmologique; là, tout était à créer à Lyon, et, du premier coup, cette création est portée à un tel degré de développement qu'il n'y aura pas en Europe, je ne crains pas de le dire, de clinique ophthalmologique qui dispose de ressources supérieures et comparables à celles de la clinique ophthalmologique de Lyon. Deux magnifiques salles, de 30 lits chacune, lui sont dévolues, et, entre ces deux salles, un bel amphithéâtre de cours, et des salles pour l'examen ophthalmologique sous toutes ses formes. Aussi, Messieurs, l'on peut prédire en toute sûreté que vos enseignements cliniques spéciaux deviendront bientôt l'une des forces vives et inestimables de votre Faculté.

Si de l'institution clinique nous passons à la Faculté proprement dite et à ses divers Instituts pratiques, vous serez également frappés de la puissance des moyens d'action et d'enseignement mis à votre disposition. Si la Faculté de médecine a rencontré la plus libérale des administrations hospitalières, elle a eu la fortune de naître sous les incitations d'une administration municipale qui lui a beaucoup promis, et qui, chose rare, a tenu tout ce qu'elle promettait. Chaleureusement épris de l'amour du progrès scientifique, le Conseil et l'administration municipale de la ville de Lyon, ont voulu élever une Faculté de médecine qui pût être comparée sans désavantage aux plus célèbres établissements de l'Europe. Des plans, conçus après une visite des principales Facultés françaises et étrangères, ont été mûrement étudiés : ils sont en voie d'exécution rapide; et lorsque l'édifice qui s'élève sera terminé, Lyon pourra s'enorgueillir de sa Faculté de médecine.

En fait de laboratoire et d'aménagement scientifique, chaque jour amène son progrès, et les derniers venus sont les mieux dotés; aussi posséderez-vous, en ce genre, une Faculté incomparable. Institut anatomique, Institut histologique, physiologique, anatomo-pathologique, Institut chimique, physique et d'histoire naturelle, tout réalisera les perfectionnements les plus récents et les mieux entendus. Jusqu'ici nous avons dû, trop souvent, dans nos Facultés de médecine, signaler notre impuissance. Nous aurions voulu, mais le pouvoir de faire nous manquait; nous vivions dans un sentiment continuel, et sous la pression permanente de notre triste dénûment. Vous, Messieurs, tout pouvoir vous est livré : vous pouvez, à leur construction même, organiser vos laboratoires; vous les dirigerez vous-mêmes, et vous pourrez

vous consacrer sans réserve à cette direction; car le Conseil municipal, soucieux de tous les besoins de l'enseignement, a voulu accroître les modestes appointements du professeur destiné à vivre dans son laboratoire, par l'adjonction d'un traitement complémentaire. C'est une bonne pensée dont il faut lui rendre grâce.

Telle est, Messieurs, votre Faculté dès ses premiers jours : elle a, pour fortifier son autorité naissante, des traditions qui ne sont pas sans gloire, et qui légitiment ses ambitions; elle a le pouvoir de bien faire, d'accomplir sa mission si étendue et haute qu'elle soit; tous les moyens d'action, de progrès, de bon enseignement, lui sont livrés. Il ne lui reste plus que d'élever sa volonté au niveau même de la situation qui lui est faite. Que seraient ces traditions glorieuses, que seraient tous ces beaux Instituts pratiques, si la volonté faiblissait parmi vous, si le dévouement des maîtres n'était pas inépuisable, s'ils ne considéraient pas comme leur premier devoir de se donner tout entiers à leurs élèves, s'ils ne sentaient pas qu'ils ont charge d'âmes, que leur fonction sociale est de premier ordre, et que nulle ne la dépasse ?

Ici, Messieurs, je me sens encore plus assuré que lorsque je parlais de vos traditions et de tous les moyens d'enseignement mis en votre pouvoir. Je sais ce que vous voulez, et ce que réalisera votre volonté. Je connais l'esprit qui tous vous anime, et je sais que c'est l'esprit de dévouement et d'ardeur; c'est l'amour du progrès et de la science, auquel vient se joindre cet amour qui couronne et soutient tous les autres, l'amour de notre France, le désir de voir grandir son immortel renom, et sa part dans l'œuvre impérissable de la science. Vous voulez que la Faculté lyonnaise s'associe promptement et résolûment à ces efforts communs qui tendent à l'accroissemeut de notre patrimoine national dans les régions supérieures de la science, patrimoine que les forces brutales ne sauraient envahir, que les ébranlements des empires laissent intact, patrimoine glorieux qu'en vain voudraient amoindrir ou dérober les plus puissantes convoitises. Vous prétendez que la médecine française, dans son présent et dans son avenir, reste digne de son radieux passé, qu'elle demeure l'héritière respectée des Corvisard et des Laënnec, des Cruveilhier et des Andral.

Aussi vous resterez fidèles à la pensée qui animait ces nobles esprits, et que l'on peut résumer en ces mots : alliance de l'esprit de tradition et de l'esprit de progrès ; respect et intelligence de l'une, mais énergique poursuite du second. La tradition que le progrès de chaque jour ne ranime et ne fortifie pas, languit bientôt, et fléchit sans séve et sans fruits ; le progrès que la tradition n'éclaire et ne guide pas, s'égare presque fatalement, conduit à l'esprit de système, aux assertions exclusives, à l'intolérance étroite.

Cette féconde alliance de la tradition et du progrès, vous la réaliserez surtout dans l'alliance des études cliniques et des études de laboratoire. Vous ne sacrifierez pas les unes aux autres ; vous les unirez en un même culte, dans lequel, cependant, une hiérarchie se fera sentir. La médecine française a dû sa meilleure part de gloire à la sûreté de ses études cliniques et anatomo-pathologiques ; c'est encore la voie à suivre. Nous devons maintenir à ce premier rang les études cliniques, et en faire le centre convergent où aboutiront plus ou moins directement les études de laboratoire. La médecine francaise avait paru négliger ces dernières; elle avait semblé résister aux besoins de leur accorder la place qu'elles obtenaient ailleurs. Vous donnerez satisfaction à des besoins légitimes; vous contribuerez à relever, parmi nous, les travaux du laboratoire; mais vous saurez les incliner, autant que possible, vers les applications cliniques; vous les dirigerez vers la connaissance, le diagnostic et le traitement des maladies; vous étudierez la maladie et la lésion, surtout, dans son évolution, c'est-à-dire dans sa pathogénie ; et ainsi vous rendrez fécondes les études de laboratoire. Ainsi, en outre, vous leur imprimerez un caractère professionnel ; vous les mettrez en union intime avec la science des maladies et l'art de guérir, et, de la sorte, vous répondrez au caractère essentiel de l'enseignement des Facultés de médecine, qui est d'être surtout professionnel. Vous formerez des médecins en même temps que des savants, ou, pour mieux dire, vous formerez des médecins savants, convaincus que c'est le plus sûr moyen de les rendre dignes de leur mission sociale, et de les y attacher. Quel médecin comprenant la grandeur et les profondeurs de la science, voudrait, un jour, la délaisser, comme si elle ne constituait pas la charge publique la plus honorable, et j'ajouterai la plus honorée, lorsqu'elle est dignement remplie ?

J'ai déjà retenu trop longtemps l'attention de cette haute Assemblée. Je sens, cependant, en finissant, que je n'ai que bien imparfaitement exprimé les titres à l'estime de tous que possède déjà la Faculté de médecine de Lyon, l'avenir qui l'attend, et combien sa venue est heureuse dans cette antique et noble cité, ainsi mise en possession de tous les éléments dont se doit composer un grand centre universitaire. Il est enfin un autre sentiment que je ressens profondément, c'est l'honneur qui m'incombe en ce jour, en déclarant ouverte, au nom de M. le ministre de l'instruction publique, la Faculté de médecine de Lyon. Et maintenant, Messieurs, à l'œuvre, et que l'accomplissement des destinées de la Faculté commence. Je les remets en des mains dignes d'en être les dépositaires.

CLINIQUE MÉDICALE

PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT ET ADHÉRENCES ANCIENNES, COMPLIQUÉE DE LÉSIONS VALVULAIRES; PARACENTÈSE DU PÉRICARDE; MORT SUBITE;

Note lue à la Société médicale d'émulation, dans sa séance du 7 août 1877,

Par le docteur WIDAL.

T... (René), volontaire d'un an au 130e de ligne, âgé de 21 ans, entré à l'hôpital du Gros-Caillou le 20 mai 1877. Ce malade, très-intelligent, nous fournit les renseignements les plus précis sur la marche de son affection. Depuis 1869, il a été pris quatre fois d'un rhumatisme articulaire accompagné, dès la première atteinte, de complications cardiaques pour lesquelles il a été traité par M. le docteur Bucquoy. Dans le courant de l'hiver dernier, il a vu ses jambes s'enfler à la suite de marches militaires, et s'est trouvé pendant une huitaine de jours dans l'impossibilité de faire son service. A des intervalles, d'ailleurs très-éloignés, il a éprouvé des palpitations accompagnées d'oppression.

A son entrée à l'hôpital, il se plaint de douleurs articulaires, vagues, erratiques, sans phénomènes locaux accentués et sans exacerbation bien marquée à la pression. La palpation de la région précordiale ne fait constater ni frémissement ni voussure; la pointe du cœur bat à sa place habituelle, à 1 centim. 1/2 en bas et en dedans du mamelon; le choc, sans être fort, est facilement perçu par le doigt. La percussion donne une matité normale de 3 à 4 centimètres. A l'auscultation, les bruits du cœur s'entendent nettement; à la pointe, existe un bruit de souffle doux, peu marqué, au premier temps. Les carotides sont également le siége d'un souffle rude à courant simple. Le pouls est rapide, égal, régulier, ni ample ni petit. Pas de dyspnée. Température axillaire normale.

Je fais appliquer un vésicatoire sur la région précordiale, et je prescris à l'intérieur, contre les douleurs rhumatismales, une potion avec 20 gouttes de teinture de semences de colchique.

Ce traitement est continué pendant huit jours, et, le 22 mai au matin, on constate la disparition complète des douleurs articulaires en même temps que la persistance du souffle systolique de la pointe. A dix heures du soir, le malade est pris d'une dyspnée voisine de l'orthopnée, accompagnée d'une douleur vague au niveau du mamelon droit. Il n'est pas cyanosé. L'examen très-attentif des organes thoraciques ne révèle aucun signe nouveau, si ce n'est une submatité douteuse à la base du poumon droit. Le médecin de garde, appelé auprès du malade, prescrit une application de ventouses sèches qui font disparaître la dyspnée et permettent au malade de passer une très-bonne nuit.

Le lendemain, on prescrit une infusion de digitale qui est continuée pendant six jours, sans amener aucun effet physiologique ni thérapeutique. La teinture de digitale, donnée ensuite pendant trois jours, reste tout aussi inactive. Evidemment nous avions affaire à une préparation inerte, ainsi que cela n'arrive que trop souvent pour la digitale.

Le 26 mai, on constate à la base du cœur, et au premier temps, un bruit de souffle très-doux. Dans les carotides, le souffle a pris la rudesse d'un bruit de râpe.

Le lendemain, à la contre-visite, le malade est très-inquiet; il a de la peine à mouvoir la tête et l'épaule droite, et accuse dans la région sous-claviculaire gauche une douleur subaiguë qui s'exagère par la pression. La pointe du cœur bat toujours à sa place; le choc précordial n'est pas modifié, mais la matité déborde de près de 2 centimètres la ligne droite du sternum. Les bruits du cœur sont un peu plus sourds que d'habitude; pouls fréquent, à 108 pulsations, mais ample et régulier; température toujours normale; urines très-rares; ventre ballonné; constipation. Prescription : nouveau vésicatoire très-large sur la région du cœur; vin diurétique à l'intérieur; lavement purgatif.

Le lendemain, 4 juin, la matité précordiale a encore gagné en étendue à la droite du sternum et occupe une largeur de 12 centimètres. L'auscultation fait constater un bruit de frottement léger et fugace à la pointe; ni voussure, ni retrait systolique de la pointe.

Deux jours plus tard, la matité s'étend sur un diamètre de *vingt-trois* centimètres, à partir d'un travers de doigt en dedans de la pointe du cœur jusqu'à une ligne qui descend du bord antérieur de l'aisselle droite; en haut, elle se prolonge jusqu'à un travers de doigt du bord inférieur de la clavicule droite. Elle n'a pas la forme classique d'un cône à base tournée en bas, mais celle d'une *ellipse allongée* étendue obliquement de gauche à droite et de bas en haut, et dont le sommet s'en va presque toucher le tiers externe de la clavicule droite. La dyspnée persiste en s'aggravant; le malade accuse de la dysphagie, quoiqu'il n'ait aucune trace d'angine. Le bruit de souffle de la base ne s'entend plus; le pouls n'a pas changé de nature, mais la température a monté à 39,4 le soir.

Les jours suivants, mêmes symptômes; dyspnée de plus en plus marquée; fièvre modérée le soir (38,1).

Le 8 juin, au matin, la situation s'aggrave de plus en plus. L'auscultation et la matité n'indiquent rien de nouveau, mais le malade est haletant; sa dysphagie est telle qu'il ne peut plus avaler une goutte de liquide; il ne répond que par des paroles saccadées. La dyspnée s'est augmentée encore par suite d'un tympanisme gastro-intestinal très-considérable qui persiste depuis plusieurs jours, en dépit de toutes les médications, et qui est maintenant arrivé à son comble. Le pouls est petit, très-fréquent; la température normale. Pieds froids; teint bistré. Rien de particulier du côté des poumons.

Ce jour-là, je réunis en consultation trois de mes collègues de l'hôpital du Gros-Caillou, MM. Champenois, médecin en chef, Papillon et Libermann, médecins-majors. Nous reconnaissons que le traitement médical est désormais impuissant, et que la ponction du péricarde constitue la ressource ultime de salut pour le malade. J'avoue que je n'osais espérer grand résultat de cette opération, en raison de l'étendue de l'épanchement péricardique, de la concomitance des lésions valvulaires, de la reproduction probable du liquide; en raison aussi de l'extrême impressionnabilité du malade, dont la dyspnée s'exagérait au moindre mouvement et après le moindre effort de parole. Nous nous déterminons néanmoins à opérer, dans la pensée sinon de sauver le malade, du moins de prolonger son existence.

Comme l'épanchement a surtout envahi le côté droit du thorax, et que d'ailleurs on sent le cœur battre sous la main dans le cinquième espace intercostal gauche, lieu d'élection ordinaire de la paracenthèse, on se décide, pour plus de sécurité et pour éviter une blessure du cœur, à pratiquer la ponction dans le troisième espace intercostal droit. M. Champenois, qui s'est chargé de l'opération, enfonce dans cet espace intercostal, à peu près à 2 centimètres du bord droit du sternum, l'aiguille n° 1 de l'appareil Potain, qu'il fait pénétrer obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, à une profondeur d'environ 4 centimètres. Aucun liquide ne s'échappe, et l'aiguille, abandonnée à elle-même, décrit des mouvements d'oscillations isochrones aux mouvements du cœur, preuve que, malgré les précautions prises, elle a touché cet organe. Au même moment, le malade pousse un cri et fait un violent effort d'inspiration, ses yeux se tournent en haut, sa face bleuit, puis pâlit. On retire aussitôt le trocart, mais le malade a cessé de vivre; plus de pouls, plus de respiration; ni la faradisation des muscles inspirateurs, ni la respiration artificielle, ni les excitants d'aucune sorte ne parviennent à le réveiller de cette syncope foudroyante.

La percussion, pratiquée immédiatement après la mort, ne fournit plus qu'une matité équivalente à peine au tiers de la matité constatée pendant la vie. Ce phénomène tenait sans doute à l'affaissement *post mortem* du poumon droit, lequel, dans sa fuite, aura entraîné en arrière la poche péricardique et favorisé du même coup le refoulement vers la cavité thoracique de la masse intestinale tympanisée et désormais maîtresse de la résistance du diaphragme.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

On s'occupe avant tout de déterminer le trajet suivi par le trocart pendant la ponction. A cet effet, la peau et les muscles du troisième espace intercostal sont disséqués avec le plus grand soin, et l'on ne tarde pas à constater que le trocart a pénétré dans le médiastin antérieur, et qu'il est allé se fixer non dans la paroi même du cœur, mais dans le péricarde qui est très-épaissi, très-induré et comme lardacé, et qui a été touché dans un point où il est complétement adhérent au cœur, à peu près vers le bas de la ligne d'intersection du ventricule droit et du ventricule gauche. L'adhérence des deux feuillets du péricarde est intime à peu près sur toute l'étendue du cœur gauche; la cavité péricardique est donc divisée en deux poches, mais qui communiquent en arrière par un hiatus permettant l'introduction du petit doigt; à la base existent des tractus de tout calibre et de longueur variable, formant en s'enchevêtrant des anfractuosités irrégulières. Ces tissus de nouvelle formation sont organisés, très-résistants et d'apparence très-ancienne. C'est dans la poche droite du péricarde, encore libre d'adhérences, que s'est développé l'épanchement dont on avait pu suivre pas à pas les progrès pendant la vie. Cette poche, très-dilatée, fluctuante, forme une tumeur énorme d'un diamètre de 18 centimètres environ, oblique de bas en haut et de gauche à droite, et s'avançant jusque dans l'aisselle droite. Elle renferme plus de 1,200 grammes d'un liquide citrin, tenant en suspension de légers flocons blanchâtres.

Le cœur a d'ailleurs conservé ses rapports normaux; la pointe se trouve au niveau du cinquième espace intercostal gauche, et le ventricule gauche se cache en partie et vers sa base sous le bord gauche du sternum. Les parois du cœur gauche sont hypertrophiées, épaisses de plus de 2 centim. 1/2 à 3 centimètres, dures et contractées. Le malade est mort en systole, et les cavités du cœur sont complétement vides de sang. Le cœur droit est dilaté, surtout au niveau de l'oreillette, qui est très-amincie.

La valvule aortique et la valvule mitrale sont le siége de végétations en forme de choux-fleurs, blanchâtres, demi-molles et dont la plus grosse a 2 ou 3 millimètres d'épaisseur; elles s'implantent toutes sur la face auriculaire des valvules. La valvule aortique est insuffisante et laisse passer l'eau introduite par l'aorte; la mitrale est rétrécie en même temps qu'insuffisante. L'artère aorte est saine.

Les poumons, de couleur lie de vin, légèrement congestionnés à la base, n'offrent aucune trace de tubercules. Le poumon droit, aplati contre la partie postérieure du thorax, présente une cavité correspondante à la tumeur péricardique.

Les reins sont turgides, colorés en brun par la stase sanguine.

Le foie, presque doublé de volume, a l'aspect de la muscade.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 novembre 1877. — Présidence de M. Péligot.

M. Bertrand met sous les yeux de l'Académie une carte céleste dressée par M. Camille Flammarion, et contenant environ 1,800 à 2,000 étoiles qui ont un mouvement propre. Ces mouvements ont été calculés par l'auteur pour une période de 50,000 années.

M. Daubrée annonce que M. Hautefeuille, connu depuis longtemps par des études de synthèse minéralogique, vient de réussir à faire de toutes pièces du feldspath orthose, qui est un des éléments du granit. C'est en mettant en présence du silico-albuminate de potasse et de l'acide tungstique, et en les maintenant à une température de 900 à 1,000 degrés, qu'il a pu obtenir ce résultat qui, malgré de bien nombreux essais, n'avait pu être obtenu jusqu'ici.

M. Pasteur dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, M. Wagner, professeur à l'Institut polytechnique de Zurich, la 5e édition du *Traité de la fabrication de la bière*.

M. Cl. Bernard fait hommage :

1° D'un travail sur les causes de la coloration violette des huîtres du bassin d'Arcachon. Cette coloration avait été d'abord considérée comme une maladie. Il n'en est rien. Il s'agit d'une algue dont se nourrissent les huîtres, et dont la couleur, selon l'état de sécheresse de l'atmosphère et de concentration de l'eau de mer qui en est la conséquence, n'est pas dissoute et persiste; — tandis qu'elle est rendue soluble et disparaît, quand la proportion d'eau augmente et que la proportion de sel diminue d'autant;

2° D'un mémoire dont l'auteur, M. Renaud, professeur d'histologie à la Faculté de Lyon, étudie la structure du muscle, et confirme les recherches de M. Ranvier, en montrant que la fibre est composée de deux parties, l'une contractile, et l'autre qui ne l'est pas; cette dernière s'interposant à l'autre, comme les disques de cuivre, par exemple, alternent avec ceux de zinc, dans une pile électrique dite pile sèche;

3° Une note de M. le docteur Guibert sur l'analgésie obtenue au moyen de l'administration combinée de la morphine et du chloroforme. Analgésie, c'est-à-dire que la douleur seule est supprimée, alors que subsiste la sensibilité du contact.

M. Chevreul termine la lecture de son histoire de la matière.

M. Larrey dépose sur le bureau un travail de M. le professeur Simonin, de Nancy, relatif à l'emploi des anesthésiques en chirurgie; — et des recherches de M. Bonis sur la transmission du son dans l'oreille moyenne. (Renvoyé à la commission des prix de physiologie.)

— La moyenne des globules et des globulins du lait, évaluée, d'après les calculs faits par M. le docteur Bouchut, sur 158 nourrices, est de 1,026,000 par millimètre cube de lait, soit cent deux milliards six cents millions par litre; mais, entre 800,000 et un million par millimètre cube, le lait est de bonne qualité. Il ne reste plus qu'à en déterminer la quantité, et c'est ce qui ressort des pesées de l'enfant avant et après la tetée.

M. Vulpian présente une note de M. G. Hayem, sur l'évolution des globules rouges dans le sang des vertébrés ovipares.

« Le sang des vertébrés ovipares (oiseaux, reptiles, batraciens, poissons) contient d'une manière constante des cellules incolores différant essentiellement des globules blancs. Ces éléments, en se développant progressivement, deviennent des globules rouges parfaits, et, pour cette raison, je propose de les désigner sous le nom d'*hématoblastes*.

J'ai constaté leur présence chez tous les vertébrés ovipares que j'ai examinés (divers oiseaux, tortue, lézard, couleuvre, grenouille, crapaud, triton, axolotl, divers poissons). On les trouve également dans le sang du têtard de la grenouille, où ils offrent les mêmes caractères que chez l'animal adulte.

Dans leurs transformations successives, les hématoblastes passent par deux phases principales. Au premier degré de développement, ils sont constitués par des éléments pâles et délicats, qu'il est difficile de distinguer des globules blancs. Ils en diffèrent dans le sang pur, par la transparence et la faible réfringence de leur protoplasma; par la viscosité de ce protoplasma, propriété qui les fait adhérer entre eux et former des amas quelquefois considérables auxquels viennent s'accrocher les globules rouges en dessinant une sorte de rosace; par leur forme en général un peu anguleuse ou allongée, surtout chez les oiseaux, où ces éléments ressemblent à une virgule; par leur noyau toujours unique et plus net que le corps de l'élément, ce qui est l'inverse de ce qu'on observe dans les globules blancs; par les caractères de ce noyau, variables suivant l'animal qui fournit le sang, mais toujours les mêmes que ceux des noyaux des globules rouges adultes, avec cette différence cependant que les noyaux des hématoblastes sont parfois un peu plus gros et souvent plus allongés.

Dans une seconde phase du développement, la plaque protoplasmique prend de plus en plus nettement l'apparence d'un petit disque, les éléments perdent leur viscosité; ils se présentent avec des caractères peu différents d'un animal à l'autre, et qui ont été parfaitement décrits par M. Vulpian, d'après le sang des grenouilles devenues anémiques à la suite d'une hémorrhagie considérable, condition dans laquelle ces éléments deviennent remarquablement abondants (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 4 juin 1877).

Les hématoblastes sont alors constitués par un petit disque mince et transparent, mais déjà notablement plus sombre que dans les éléments précédemment décrits, et par un noyau semblable à celui des globules rouges, noyau qui produit sur les deux faces du disque une saillie notable quand l'élément est vu de champ.

Dans les formes encore peu développées, le disque dessine un très-mince anneau autour du noyau, et l'élément entier est arrondi, surtout si le noyau est rond, mais souvent ces petits hématoblastes ont déjà une forme allongée. Plus tard le disque se développe, soit régulièrement, en prenant immédiatement une forme semblable à celle des rouges adultes, soit plus irrégulièrement, en offrant d'abord une forme variée, rappelant tantôt celle d'un fuseau ou d'un bâtonnet, tantôt celle d'un corpuscule arrondi, ou celle d'une feuille, d'un petit pendule, d'une raquette, etc., puis les éléments ressemblent de plus en plus à un globule rouge adulte.

Le disque est quelquefois, comme l'a vu M. Vulpian, composé de deux parties distinctes : une centrale, claire et granuleuse, formant autour du noyau une zone étroite dont on retrouve souvent les traces sur l'élément adulte; une autre périphérique, plus homogène, destinée à s'imprégner bientôt d'hémoglobine. L'apparition de cette matière colorante caractéristique a lieu souvent avant que l'élément ait terminé son évolution, et l'on voit alors dans le sang quelques globules rouges conservant encore les formes pointues des hématoblastes.

Les dimensions des hématoblastes varient nécessairement suivant le degré de développement des éléments; celles de leur noyau sont d'un animal à l'autre en rapport avec le volume du noyau des globules rouges.

Examinés dans la chambre humide, les hématoblastes, isolés ou réunis en amas, ne tardent pas, pour la plupart, à se déformer lentement; mais ces déformations ne me paraissent pas constituer, comme celles des leucocytes, de véritables mouvements amiboïdes; elles représentent plutôt les phases successives d'une sorte de destruction cadavérique.

Au bout de quelques heures, la plupart des hématoblastes, n'ayant pas encore dépassé leur première phase de développement, ne sont plus représentés que par des noyaux retenant autour d'eux quelques traînées irrégulières d'une substance pâle et finement granuleuse; ceux qui ont atteint leur seconde phase de développement sont en général plus résistants.

Tous les réactifs qu'on peut employer dans l'étude du sang (eau, acide acétique, sérum iodé, sérum au sulfate de soude, etc.) agissent sur les hématoblastes à peu près comme sur les globules rouges adultes; ils ne produisent jamais d'effets analogues à ceux qui caractérisent les leucocytes.

Dans les préparations de sang faites par dessiccation rapide, on trouve des hématoblastes (même très-petits et par groupes) qui se sont comportés, en se desséchant, comme les globules rouges. Ils sont presque tous manifestement colorés, ce qui semble indiquer que, malgré leur absence de couleur dans le sang humide, ils contiennent déjà une certaine quantité d'hémoglobine.

Pour apprécier la proportion de ces éléments, j'en ai fait le dénombrement dans le sang normal chez plusieurs animaux des diverses classes d'ovipares. J'ai vu ainsi que les hématoblastes sont rarement moins nombreux que les leucocytes et que souvent, au contraire, ils sont près de deux fois aussi abondants que ces éléments. Par rapport aux globules rouges, on en compte environ 1/100e chez les oiseaux, 1/40e chez la couleuvre à collier, 1/50e chez la tortue grecque, 1/60e chez les grenouilles, verte et rousse.

On voit donc que les hématoblastes constituent un élément important du sang normal.

En résumé, nous pensons que les globules rouges nucléés des vertébrés ovipares proviennent d'un élement particulier qui, dès ses premières phases de développement, est distinct des globules blancs.

Ceux-ci restent étrangers à la formation des globules rouges, aussi bien chez les vertébrés ovipares que chez les animaux supérieurs; mais, tandis que chez ces derniers les globules rouges de nouvelle formation sont colorés quelle que soit leur exiguïté, chez les ovipares les globules embryonnaires sont tout d'abord dépourvus d'hémoglobine. » — M. L.

Éphémérides Médicales. — 24 Novembre 1613.

Arnoulph de Lisle meurt à Paris, et est enterré à Saint-André-des-Arcs, devant le crucifix. Il avait été docteur de Paris (décembre 1586), écuyer, sieur de Lisle, près Verzeley, lecteur du roi en langue arabe, ambassadeur, en Maroc, des rois Henri III et Henri IV. Il avait épousé Catherine Duret, fille du célèbre médecin Louis Duret, si chaudement et si justement vanté par Guy Patin. — A. Ch.

COURRIER

Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté en date du 21 novembre 1877, un concours sera ouvert le 1er avril 1878, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de chef des travaux anatomiques près ladite Faculté.

Les candidats à ce concours se feront inscrire au secrétariat de la Faculté.

Le registre d'inscription sera clos le 31 mars 1878.

Nécrologie. — L'Académie de médecine vient de perdre un de ses membres les plus anciens et les plus zélés, M. le docteur Sauveur-Henri-Victor Bouvier, de la section d'anatomie et de physiologie. M. Bouvier, qui avait presque entièrement perdu la vue, se promenait, mercredi, dans le jardin des Tuileries, et s'approcha trop près du grand bassin, dans lequel il tomba. Quoiqu'il ait été retiré de l'eau immédiatement, le saisissement, le froid, ont déterminé une congestion pulmonaire, à laquelle il a succombé quelques heures après.

M. Bouvier était né, à Paris, en 1799; élève de la Faculté de Paris, il fut reçu interne des hôpitaux en 1819, médecin du Bureau central et agrégé en 1823, membre de l'Académie de médecine en 1839. Ses travaux sur l'orthopédie lui avaient créé une très-honorable notoriété; ils furent récompensés par l'Académie des sciences en 1837, qui lui accorda un prix de 6,000 francs.

— M. le docteur Tartivel, dont nos lecteurs connaissent et apprécient depuis longtemps la précieuse collaboration à notre journal, vient d'être affligé par la mort de son père, âgé de 73 ans, et qui a succombé aux suites d'un accident.

Cours publics d'anthropologie, au siége de la Société d'anthropologie, à l'École pratique de la Faculté de médecine (1877-1878). Ouverture des cours, samedi 24 novembre.

Anthropologie anatomique : M. Broca, samedi et mardi, à 4 heures.
Anthropologie biologique : M. Topinard, lundi, à 4 heures.
Ethnologie : M. Dally, mercredi, à 4 heures.
Anthropologie préhistorique : M. de Mortillet, lundi, à 3 heures.
Anthropologie linguistique : M. Hovelacque, vendredi, à 4 heures.
Démographie et Géographie médicales : M. Bertillon, vendredi, à 3 heures.

Société de médecine de Paris. — La séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le samedi 24 novembre 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Lecture par M. le docteur Rougon (Accidents produits par le séjour prolongé d'un pessaire), à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — 2° Continuation de la discussion sur l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine dans les hémorrhagies utérines. — 3° Discussion sur l'ovariotomie. — 4° Communications diverses.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

ENSEIGNEMENT

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA MORGUE DE PARIS,

S DESCRIPTION, SON SERVICE, SON SYSTÈME HYGIÉNIQUE; — DE L'AUTOPSIE JUDICIAIRE, COMPARÉE A L'AUTOPSIE PATHOLOGIQUE (1);

Par M. Alph. DEVERGIE,

Agrégé libre de la Faculté, membre de l'Académie de médecine.

Différence entre l'Autopsie judiciaire et l'Autopsie pathologique.

La question généralement posée en tête de toutes les commissions rogatoires données aux médecins experts est celle-ci :

Déterminer les causes de la mort ?

S'il est des cas dans lesquels la cause de la mort est évidente pour tout le monde, ces cas sont exceptionnels, et, dans cette hypothèse même, le médecin doit déterminer comment la mort est survenue par suite de la lésion évidente.

Ainsi, qu'un coup de pistolet ait été tiré à la tête, l'expert doit donner la preuve que le coup de pistolet a été tiré sur un individu *vivant*, et non pas sur un sujet que l'on aurait fait périr par un autre genre de mort, et sur lequel on aurait déchargé un pistolet *post mortem* pour faire croire à un suicide.

Ainsi la déclaration de la cause de la mort est l'objet essentiel de l'expertise médico-légale.

Dès lors on peut poser en principe qu'une autopsie judiciaire doit toujours être *généralisée;* que si on laisse sans examen un organe quelconque de l'économie, l'autopsie sera incomplète et pourra peut-être prêter ultérieurement à des objections de la part de la défense, ou à une insuffisance d'instruction qui laisse dans l'obscurité la démonstration de la vérité.

Pour rechercher la cause de la mort, il faut procéder à l'autopsie autrement qu'on le fait d'habitude en médecine ou en chirurgie.

A l'hôpital, la cause de la mort est généralement connue avant le décès. L'exploration des organes pendant la vie, aidée des symptômes morbides offerts durant la

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 3, 10 et 17 novembre.

FEUILLETON

MUNARET

L'UNION MÉDICALE, en apprenant la mort si regrettable de l'aimable confrère Munaret, a fait un appel pieux et discret à tous ceux qui avaient eu commerce avec ce charmant esprit, et qui étaient en possession de renseignements sur son existence. Hélas, oui ! les morts vont vite, c'est-à-dire s'oublient vite. Nous n'avons reçu que deux communications sur Munaret; l'une, de son condisciple de Faculté à Montpellier, M. Édouard Carrière, l'un de nos plus distingués collaborateurs, et qui a bien voulu répondre à notre appel en nous donnant quelques détails intéressants sur la période scolaire de la vie de Munaret; l'autre est une lettre adressée à notre excellent et malheureux ami Dumont (de Monteux), par la fille de Munaret, et qu'il a la bonté de nous communiquer, lettre donnant les détails les plus circonstanciés sur la période ultime de cette précieuse existence. Comme complément de ces deux communications, nous ajouterons le discours prononcé aux obsèques de Munaret au nom du *Lyon médical,* dont il était le collaborateur.

Tout en regrettant de ne pouvoir payer ici un plus large tribut d'hommages à la mémoire de notre cher confrère et ami Munaret, nous remercions nos honorés correspondants de leurs communications. Elles ne sont pas nombreuses, mais la qualité nous dédommage du nombre.

Voici la communication de M. Édouard Carrière, qui sera certainement un vrai régal pour nos lecteurs :

maladie, conduit le médecin, lors de l'autopsie, au contrôle de son diagnostic, et dès lors il met de suite à nu l'organe malade; il l'enlève du corps pour mieux examiner les altérations qu'il a subies, et quant aux autres organes, il les explore pour voir s'ils ont participé à la maladie ou si, en dehors de l'organe principalement reconnu malade pendant la vie, il n'existerait pas d'autres lésions qui auraient été masquées par celle qui aurait attiré l'attention du médecin.

On peut donc établir que, dans une autopsie, qu'elle soit judiciaire ou qu'elle ait pour but l'anatomie pathologique, tous les organes doivent être examinés.

Mais il y a une différence considérable dans le *modus faciendi* des deux autopsies.

Dans l'autopsie judiciaire, il est indispensable que tous les organes soient *explorés sur place*. Dans l'autopsie médicale, cela importe peu, si ce n'est dans les cas exceptionnels où la cause de la mort n'a pu être reconnue à l'aide des symptômes.

Bichat nous a appris que la mort avait toujours lieu ou par le *cœur*, ou par le *cerveau*, ou par les *poumons*. Et il a admirablement décrit quelles étaient les conséquences de chacune d'elles pour le système vasculaire, veineux et artériel. En faisant connaître comment, dans chacun de ces genres de mort, la circulation était suspendue, il a démontré que, dans tous les cas, il y avait un point d'arrêt dans la circulation, et, derrière ce point d'arrêt, le *sang accumulé* dans les vaisseaux qui s'y rendent. Au devant de ce point d'arrêt, *vacuité plus ou moins complète* selon les cas, des cavités du cœur, chargées de transmettre le sang dans les vaisseaux, et, par suite, vacuité plus ou moins complète de ces vaisseaux eux-mêmes.

De là la nécessité, dans tous les genres de mort rapide, de mettre à nu avec le plus grand soin *le cœur et les gros vaisseaux,* sans les ouvrir, sans faire écouler le sang qu'ils renferment; comme aussi de voir tous les principaux organes sur place, dans le but de rechercher s'ils sont ou s'ils ne sont pas congestionnés; de déterminer et de préciser les diverses lésions qu'ils peuvent présenter; le point de l'organe où elles existent; les épanchements séreux ou sanguins qui peuvent se trouver dans chaque cavité; l'épaisseur des contusions, leur importance, leur siége, etc.

L'appréciation du genre de mort, qui n'est obtenue que par l'examen d'ensemble de tous les organes et des gros vaisseaux, exige donc un mode d'autopsie spécial dont le médecin légiste ne peut et ne doit se départir.

En médecine et en chirurgie, on ne tient pas compte de cet état d'ensemble, aussi on procède par une section presque circulaire des parois abdominales; on la

---

PLACIDE MUNARET

On regrette d'autant plus les amis de jeunesse, qu'on se souvient combien on les a négligés ou même oubliés, lorsqu'on aurait pu jouir de leur esprit, de leur savoir et surtout de leur amitié. J'ai fait tristement cette réflexion, en lisant la nouvelle de la mort de Munaret, que nous ne savions pas malade, et qui vivait toujours, du reste, dans la pensée de ceux qui le connaissaient, par les qualités rares d'un esprit qui ne savait pas vieillir. J'ai fait, à moi-même, l'aveu de cette négligence, et j'en ai souffert. Mais il n'était plus temps, la mort avait fait son œuvre.

Munaret avait fait ses premières études médicales à Paris, où il avait eu la fortune de connaître Brillat-Savarin, ce qui lui avait donné l'idée d'écrire un livre sur l'hygiène du goût, livre qui n'a jamais paru et dont quelques feuillets doivent se retrouver, je suppose, dans les cartons du médecin. Puis, il était venu demander à Montpellier l'investiture doctorale. C'était vers 1830. Je le connus alors et bientôt je devins son ami. Je ne me souviens pas, sans un certain plaisir, de nos causeries sur le pont de l'Ecole et sous les ombrages du jardin public, non loin de cette pierre qui recouvre la sépulture douteuse de la fille d'Young, *placandis Narcissæ manibus*. Nous aimions surtout à parcourir les allées monumentales de cette promenade du Peyrou, qui a un si grand air et rappelle par sa décoration le souvenir des Mansard et des Lenôtre.

Cette amitié, à laquelle je tenais beaucoup et dont je conserve la douce mémoire, n'était pas facile à gagner. Munaret était l'ennemi des plaisirs bruyants et même des conversations bruyantes; il les évitait par amour de la paix et pour ne pas perdre l'habitude de bien dire qui se perd toujours dans les discussions. La paix était pour lui un goût qu'il ne sacrifiait

prolonge de bas en haut en coupant les cartilages intercostaux, on ouvre les articulations sterno-claviculaires et l'on renverse ce vaste lambeau de bas en haut, après avoir mis largement à nu les cavités abdominales et thoraciques. On comprend que, dans cette manière d'opérer, outre que deux cavités principales sont mises en communication, les gros vaisseaux veineux et artériels sont ouverts, et que le sang qu'ils contenaient s'en échappe.

On va plus loin ; pour examiner les poumons et le cœur, on les enlève de leur cavité et l'on en fait de même des autres organes ; je ne prétends déverser aucun blâme sur cette pratique, ceci n'entre pas dans mon sujet ; je me borne à faire sentir que, pour rechercher les genres de mort auquel a succombé un individu et sur lequel on n'a aucune donnée antérieure à la mort ; pour satisfaire aux indications émises par Bichat, il faut procéder autrement. Aussi, dans mon cours de médecine légale pratique, la manière de faire une autopsie judiciaire faisait-elle l'objet de la première leçon à chaque série d'élèves.

Exposons cette méthode ; elle comprend deux sortes d'examens : l'examen extérieur, l'examen intérieur.

Examen extérieur. — Ou il existe à la surface du corps des lésions, ou il n'en existe pas. Dans le premier cas, ce sont des indices de coups, d'écorchures ou de blessures. Chacune de ces lésions doit être décrite ; les traces de contusions dans leur couleur plus ou moins foncée, leur étendue, leur profondeur dans les parties sous-jacentes qui peuvent avoir été intéressées. Le sang y est-il coagulé ou fluide ? La forme de la contusion rappelle-elle celle d'un instrument connu, marteau ou autre, et, d'après ces indices, quel pouvait être cet instrument ? Quant aux lésions qui ont amené une partie de la section de la peau, il y a nécessité d'en déterminer et l'étendue et la profondeur ; la netteté ou l'inégalité de la section, qui suppose dans le premier cas un instrument plus ou moins tranchant, ou, au contraire, l'emploi d'un instrument mal effilé ou même contondant. Inutile d'ajouter les décollements de la peau avec foyer sanguin, etc., en un mot, tout ce qui concerne une blessure extérieure, quelle que soit son espèce.

Après cet examen spécial de lésions qui peuvent exister, c'est l'état général de la peau qu'il faut observer, tant en avant du corps qu'en arrière.

Le corps étant généralement placé sur le dos après la mort, et ayant séjourné le plus souvent pendant plus de vingt-quatre heures dans cette situation, la plus grande partie de la surface de la peau est décolorée en avant, sauf dans le cas d'as-

---

pas aisément ; je ne l'ai jamais vu en impatience ou en colère. On l'avait nommé Placide, et certes jamais nom ne fut mieux mérité. Ce n'est pas que cette placidité fût invariable dans les accidents de la vie libre de l'étudiant. Elle était mise quelquefois à l'épreuve. Mais le jeune philosophe se renfermait avec soin dans son âme, dont il ne laissait pénétrer les secrets qu'à quelques rares amis.

Une des causes qui lui donnaient tant d'assurance dans le calme qu'il entretenait en lui, c'était l'indulgence, l'indulgence la plus grande, non pour les fautes dont il ne s'occupait pas, mais pour les opinions de tout genre qui s'exprimaient autour de lui. Malgré sa jeunesse, il commençait à faire état de philosophie, et je ne m'étonnerais pas qu'il eût déjà fréquenté Montaigne, tant il excellait à mettre en pratique quelques-unes de ses maximes. *Nulles propositions ne m'estonnent,* écrit ce penseur, *nulle créance ne me blesse, quelque contrariété qu'elle aye avec la mienne. Il n'est si frivole et si extravagante fantaisie qui ne me semble bien sortable à la production de l'esprit humain.*

Cependant Munaret aimait, comme Montaigne, à contester et à discourir (plus à discourir qu'à contester), mais avec peu d'hommes. Il avait su se choisir, se former un auditoire, non pas nombreux, son caractère y répugnait, mais composé de peu de camarades, car il ne recherchait pas à faire parade de son esprit et de son caquet. Il avait l'art suprême de se faire écouter. Connaissant à merveille l'art de l'insinuation, il savait exciter, dans ses récits, la curiosité et manquait rarement de la satisfaire. On pouvait lui reprocher un peu de recherche dans le discours, et même trop de coquetterie dans ses phrases. Dès sa jeunesse, il s'exerçait à devenir un homme de style, car s'il ne l'était déjà, il avait la certitude de le devenir, tant il aimait cette langue française qui se prête si merveilleusement à tout exprimer, jusqu'à ce qu'il y a de plus abstrait dans la pensée. Nous tous qui l'entourions et qui l'écoutions, cama-

phyxie par le charbon; mais elle est toujours colorée en arrière sur les parties déclives.

En pathologie, on s'occupe peu de ce fait, c'est de l'*hypostase!* un phénomène cadavérique qui se produit après la mort sous l'influence de la pesanteur; le sang contenu dans le système capillaire de la peau, au moment de la mort, descend peu à peu de la partie la plus élevée du corps à la partie la plus déclive. Ce phénomène est constant, faible ou fort; il donne le signe le plus certain de la mort, il a été constaté sur 15,146 sujets par M. le docteur Molland, médecin des hôpitaux de Paris.

Ce phénomène d'hypostase ne se montre pas seulement à la peau; on le retrouve dans tous les organes intérieurs et surtout dans ceux dont le tissu est peu dense, ou dans ceux qui, par la forme de l'organe, constituent un conduit; exemple, le tube intestinal.

Si l'on ouvre l'abdomen d'un individu dont les intestins ont été enflammés pendant la vie, on est souvent frappé, après l'enlèvement des parois abdominales, de la pâleur des intestins superficiels; mais, en les observant plus profondément, on les trouve d'autant plus colorés qu'ils ont été plus enflammés.

Si pendant la vie les poumons ont été le siége d'une congestion à un degré très-modéré, les deux poumons paraîtront pâles et exsangues à l'ouverture de la poitrine; fendez le tissu, il offrira une couleur plus ou moins rosée. Examinez la partie des poumons plus profondément placée, et ces organes contiendront beaucoup de sang. Ce sang, qui est un phénomène hypostatique, représente, la quantité de sang qui avait existé dans toute l'étendue de ces organes pendant la vie. Et pourtant, en voyant ce fait, quelques médecins y font peu attention, et disent : Ce n'est que de l'hypostase.

Mais, pour les médecins légistes, cette disposition devient un des principaux caractères du genre de mort auquel a succombé l'individu, c'est-à-dire l'asphyxie ou la congestion pulmonaire. Si, à ce caractère, se retrouve la plénitude par le sang des cavités droites du cœur ou des gros vaisseaux veineux qui s'y rendent coïncidant avec la vacuité du cœur gauche et du système artériel, on comprend que ce fait d'hypostase prend alors une grande valeur, dans tous les cas d'asphyxie par obstacle apporté aux voies aériennes pour l'introduction de l'air; et les modes employés pour opérer ce genre de mort sont nombreux.

Le même phénomène d'hypostase s'opère dans la cavité crânienne autour du

---

rades d'Ecole ou amis, ceux-ci rares, comme je l'ai déjà marqué, nous le lui prédisions : Tu seras un écrivain, lui disions-nous, moins un écrivain qu'un médecin. Il a été l'un et l'autre, brillant écrivain d'abord, et médecin dévoué sur le théâtre étroit qu'il s'était donné et où il a rempli jusqu'au bout sa laborieuse carrière.

Le jour de la thèse était venu, c'est-à-dire le moment de la séparation. C'est, pour les élèves, la solennité d'adieu. Autrefois, c'était la coutume d'accueillir par des coups de poing le nouveau docteur, sans doute pour le préparer aux amertumes et aux déceptions de la pratique. Ce fut le professeur Lallemand qui les donna. La thèse était intitulé : *La médecine de l'esprit.* Lallemand commença ainsi son argumentation : « Je sais, nous savons ici, ce que c'est que l'esprit de la médecine, mais j'avoue que j'ignore absolument ce que c'est que la médecine de l'esprit. » Munaret fut quelque peu embarrassé, quelque peu meurtri par ce coup de poing inattendu. Il se ravisa cependant, il tâcha d'expliquer son sujet, mais il avait affaire à une force de résistance qui ne se laissait pas vaincre facilement. Lallemand avait jeté, je veux le croire, un coup d'œil rapide sur la thèse, il ne l'avait pas lue. S'il se fût donné cette peine, il eût vu que s'il y avait peu de médecine dans la thèse, il s'y trouvait en compensation, beaucoup d'esprit, beaucoup de cette fine observation qui devrait être l'apanage de tout médecin.

Il y a, dans cette thèse, de quoi faire pressentir le livre qui, bien des années après, a fondé la renommé de Munaret : *Le médecin des campagnes.* Toutes les qualités du livre s'y trouvent représentées à l'état de germe : finesse des aperçus, clarté de l'exposition, élégance et défaut de jeunesse! parfois recherche du langage, style formé sur les maîtres, et, avec cela, style personnel né de la nature et du caractère de l'homme, qui met en étroite sympathie le lecteur avec l'écrivain. Mais quelle différence avec le livre écrit dans la maturité du talent et après les épreuves de l'expérience! Il n'y a plus de *juvénilités,* il n'y a plus de macules. Tout, dans

cerveau, et peut donner une évaluation de la congestion cérébrale au moment de la mort. Il peut s'agir ici, comme pour les poumons, de congestions actives ou passives; ces dernières précéderont les derniers moments de la vie; et, dans ce dernier cas, il n'y a pas état inflammatoire, mais seulement plénitude momentanée des vaisseaux du cerveau et de ses membranes. Il n'y a pas alors de phénomènes d'inflammation, mais on reconnaît l'existence de l'hypostase qui parle seule et qui dénote cette plénitude instantanée qui n'a pas laissé de traces inflammatoires dans les cas de mort rapide par le cerveau.

Je pourrais multiplier ces exemples. Je me suis borné à faire sentir combien ce phénomène d'hypostase, qui pour le médecin a généralement peu de valeur, doit, au contraire, fixer toute l'attention du médecin légiste; j'ai tenu à prouver que le médecin légiste devait abandonner les errements qu'il avait pu puiser dans les hôpitaux lorsqu'il s'agissait de pathologie, pour suivre d'autres procédés alors qu'il s'agit d'expertises médico-légales.

Voici, suivant moi, quel doit être alors le mode opératoire.

Après l'examen extérieur du corps, qui comprend encore l'état spécial de la peau du cou, pour y rechercher les indices de sillons ou pressions propres à appuyer l'hypothèse de la strangulation, de la suspension ou de l'asphyxie par pression des voies respiratoires, et la constatation de tout vice de conformation naturel ou accidentel, tatouages, cicatrices, déformations, etc., on doit, selon moi, faire l'ouverture du corps ainsi qu'il suit :

On procède à l'examen des organes du corps, de la tête aux pieds.

D'abord, on pratique une incision cruciale sur la surface du cuir chevelu. On dissèque avec soin les lambeaux en les renversant en bas. On fait passer un trait de scie au voisinage de la base du crâne, et, à défaut de scie, on se sert du marteau spécial usité en pareil cas.

On enlève la calotte osseuse; on examine les membranes du cerveau; puis le cerveau, mis à nu, doit être coupé au moyen d'une série de tranches horizontales minces, de manière à arriver dans les ventricules jusqu'à la voûte du cervelet; la dure-mère fendue, le cervelet et l'origine de la moelle sont l'objet de la même investigation.

La tête terminée, on fend la lèvre inférieure de haut en bas, après avoir exploré les cavités de la bouche et du nez pour y rechercher les traces de tampons ou autres agents propres à déterminer l'asphyxie par défaut d'air. On prolonge cette incision

---

l'ensemble comme dans les détails, touche à la perfection. Munaret n'a fait qu'un seul livre; ce livre l'a classé, non-seulement en tête des médecins dignes d'estime pour l'originalité de leur talent et pour leurs qualités professionnelles, mais aussi parmi ceux, et ils sont de plus en plus rares, qui peuvent se compter au nombre des bons écrivains. On a dit qu'il fallait craindre les hommes d'un seul livre, car ils n'ont vécu que sur le maigre fonds d'une seule idée, si même ils en ont eu une qui leur fût propre. Ce seul livre a suffi pour faire à Munaret une réputation dont il fut surpris lui-même et qui lui restera.

Je me suis demandé souvent comment il avait été possible que Munaret se fût dérobé aux espérances qu'il avait dû concevoir, pour consentir à s'ensevelir dans la solitude de Brignais, près de Lyon, où il a pratiqué la médecine, et d'où, le temps du travail fini, il a été appelé au repos éternel. Je l'ignore; je ne sais quelle considération de famille ou d'intérêt a pu lui infliger cette décision, mais assurément ce n'est pas de lui-même qu'il se résolut à la prendre. Cette âme était délicate et timide, et devait craindre les luttes à soutenir sur un grand théâtre, pour y vivre et y réussir. Peut-être crut-il, au moment de se décider, que la campagne lui permettrait la tranquillité, et qu'il y trouverait des heures de loisir pour y cultiver les lettres, ses chères lettres, qui devaient être la passion et l'honneur de sa vie. S'il y a eu sacrifice, et il y en a eu un grand à mon avis, il n'a pas été sans profit pour nous, car nous devons à cette détermination de Munaret la publication de son *Médecin des campagnes.*

Il y a quelques années, dix ans peut-être, je reçus, au fond de l'Autriche, un paquet de brochures et de journaux accompagné d'une lettre charmante. « Enfin, m'y disait-on, je l'ai retrouvé ! » C'était Munaret qui ne m'avait pas oublié, et qui m'apparaissait de nouveau avec tout le cortége de nos souvenirs de jeunesse. Je retrouvai dans ses écrits toutes les qualités de l'écrivain et de l'homme : beaucoup d'esprit et beaucoup de cœur, l'auteur qui savait penser,

à droite et à gauche, jusqu'au milieu de chaque clavicule. On dissèque avec soin le lambeau triangulaire antérieur de la peau, de manière à découvrir le larynx, la trachée-artère, les muscles et les vaisseaux du cou, sans entamer ces derniers.

On donne un trait de scie au milieu de la longueur de chaque clavicule; on coupe les côtes au sécateur, de manière à ouvrir le plus largement possible la poitrine sans intéresser le diaphragme, et en le conservant tout entier.

On dissèque avec soin le fragment interne de chaque clavicule, ainsi que le dessous de l'extrémité supérieure du sternum, en *ménageant* complétement les gros vaisseaux qu'ils recouvrent, afin qu'il n'y ait aucune perte de sang.

Alors sont à nu les deux poumons, le cœur, après l'ouverture du péricarde, et tous les vaisseaux qui se rendent, ou qui partent du cœur et des poumons.

On incise les cavités droites du cœur, de manière à apprécier la quantité de sang qu'elles renferment.

On ouvre les cavités gauches du cœur et les gros vaisseaux qui en partent.

On procède ensuite à l'examen des poumons pour y rechercher la présence d'ecchymoses sous-pleurales; on constate la coloration de leur tissu, l'hypostase de leur partie déclive; on ouvre la trachée-artère et les bronches, à l'effet de savoir ce qu'elles contiennent, et leur coloration.

Une fois la poitrine explorée, on remet en place le grand lambeau supérieur que l'on a fait; on ouvre l'abdomen en y pratiquant une incision circulaire par le bas du ventre, et on examine successivement tous les organes qu'il renferme.

Résulte-t-il de cet énoncé que l'on ne doit jamais enlever un organe pour l'examen? Ce n'est pas là notre pensée; elle serait erronée. Ainsi, dans les cas d'examen d'enfants nouveau-nés, il faut bien enlever la trachée-artère, les poumons et le thymus pour les soumettre à la docimasie hydrostatique, et lorsque, après avoir fait un examen général d'ensemble, on veut procéder à un examen minutieux d'une altération d'organe, il faut bien enlever cet organe de la place qu'il occupe. Il en est de même dans les cas d'empoisonnement, où on recueille et on met à part le tube intestinal et le foie. L'autopsie que nous avons décrite a surtout pour but d'arriver à démontrer un fait important, celui de savoir si la mort a eu lieu par le cerveau, les poumons ou le cœur, ce qui doit coïncider avec des lésions que l'on observe à la surface du corps.

Restent les profondeurs des membres, que l'on explore dans leurs principales parties.

---

et l'auteur qui savait s'émouvoir et entraîner l'émotion des autres. La journée de cette lecture fut une heureuse journée pour moi. Mais ma réponse à la lettre que j'avais reçue ne fut pas, peut-être, telle que l'attendait le cœur de Munaret. Il ne me parvint pas d'autre lettre, et, depuis ce temps, notre silence n'avait pas été rompu.

Tout en cultivant la pratique de son art avec toutes les ressources que pouvaient lui donner l'ingéniosité de son intelligence jointe à son esprit de dévouement, Munaret n'avait pas laissé reposer sa plume. Il fournissait des travaux à la Presse médicale lyonnaise, où il s'est marqué une place qui de longtemps ne sera pas remplie. Il a été frappé par la tête; il est mort inopinément d'une hémorrhagie cérébrale, tandis qu'un article de lui paraissait dans le recueil qui s'enorgueillissait de sa collaboration. Repose en paix; tu as fait ton œuvre, et tu l'as bien faite. Tu as été doux, compatissant et bon.

D[r] Éd. Carrière.

Cours public de démographie et géographie médicale, au siége de la Société d'anthropologie, à l'École pratique de la Faculté de médecine, rue de l'École-de-Médecine, n° 15.

M. le docteur Bertillon, ancien président de la Société d'anthropologie, commencera ce cours le *vendredi* 30 *novembre* 1877, à *trois heures* du soir, et le continuera le vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Programme du cours : Statistique des peuples et des races, influence des climats et des altitudes. Pathologie comparée des races humaines.

Nota. — *Cette année*, le professeur traitera plus spécialement de la population française, étudiée en chaque département et comparée aux populations étrangères.

Telle est la marche que j'ai toujours suivie, et que j'ai constamment recommandée. Je ne prétends pas la prescrire et l'imposer; je me borne à faire connaître ce que j'enseignais tout d'abord au début de chaque série d'élèves qui venaient à la Morgue; cette marche, je ne l'ai jamais abandonnée dans les nombreuses expertises judiciaires dont j'ai été chargé dans ma carrière médico-légale.

THÉRAPEUTIQUE

EMPLOI DE L'ALBUMINATE DE FER DANS LA CHLOROSE ET L'ANÉMIE DES FEMMES ATTEINTES D'AFFECTIONS UTÉRINES CHRONIQUES;

Par M. R. Choisnard, ancien interne des hôpitaux.

Dans le service de Demarquay, nous avons souvent eu l'occasion de voir employer l'albuminate de fer, sous forme de liqueur, contre l'anémie des femmes atteintes d'affections utérines chroniques. Les résultats enregistrés ont toujours été remarquables; il en est de même d'un nombre respectable de chloroses traitées par la même préparation.

Aussi croyons-nous utile d'entretenir nos lecteurs de l'albuminate de fer, médicament encore peu connu, et qui néanmoins mérite de l'être.

« Il est vraisemblable, dit Lassaigne dans une communication à l'Académie des sciences, « que, dans l'administration des sels métalliques à l'intérieur, il s'établit dans l'économie une « combinaison entre les sels, les tissus et l'albumine contenue dans les divers fluides ani- « maux, et que c'est probablement sous cet état qu'ils sont transportés dans les humeurs, et « que leur effet médicamenteux est le plus souvent produit. » (Acad. des sciences, *Comptes rendus.*)

Cette théorie, qui ressortait si logiquement des expériences de Lassaigne, est aujourd'hui prouvée d'une façon certaine, comme nous le dirons plus loin. Le fer combiné à l'albumine est immédiatement absorbé.

Nous avons été assez heureux pour entreprendre, sous la direction de notre regretté maître Demarquay, une série d'expériences sur l'absorption des ferrugineux, qu'il sera intéressant de reprendre un jour d'une façon plus détaillée, mais dont nous nous bornerons à donner ici un résumé sommaire :

En même temps que plusieurs animaux traités par des solutions des divers sels de fer (titrées dans les mêmes proportions), un nombre égal de malades étaient soumis aux mêmes ferrugineux.

Cette première partie des expériences nous a fourni les résultats suivants :

D'abord, la coloration des garde-robes n'est pas en raison de la quantité de fer excrétée. C'est ainsi que certains sels, presque complétement rejetés, subissant peu de modification pendant leur trajet dans l'intestin, ne colorent pas les excrétions, tandis que le citrate de fer, par exemple, dont la plus grande partie est assimilée, colore bien davantage.

La coloration des garde-robes ne prouve donc rien, quant à l'absorption.

Nous pûmes constater ensuite que la quantité de fer absorbé était, en général, *en raison directe de la solubilité* des sels ingérés, et surtout plus accentuée pour ceux à combinaison organique.

Au point de vue de l'assimilation, nous pûmes facilement placer au premier rang les sels organiques, tels que *citrate de fer, tartrate,* etc., et avant tout l'*albuminate de fer.*

M. Laprade, pharmacien distingué, alors à l'hôpital Dubois, voulut bien se charger de nous préparer de l'albuminate de fer.

En même temps que ces expériences sur des animaux, les expérimentations faites concurremment sur les malades venaient confirmer les résultats annoncés. En effet, tandis que, chez l'un, la quantité de fer excrété était moins forte et, par conséquent, celle de fer absorbé plus considérable, le microscope indiquait un accroissement sensible des globules rouges dans le sang du malade traité par le même sel de fer.

Transcrivons, entre autres, une observation recueillie dans le service. Ce ne fut, du reste, qu'à la suite de cette observation que nous eûmes l'idée de compléter, avec l'albuminate de fer, les expériences ci-dessus.

Observation. — M[me] R..., 34 ans, mariée à 18, a eu trois enfants, et souffre depuis deux ans; sa santé auparavant était excellente, et les antécédents de famille sont très-bons. Tous les deux ou trois mois, depuis les dernières années, cette femme présente plusieurs symptômes pathologiques et mécaniques du polype. Le toucher apprend que cette tumeur vasculaire volumineuse est implantée sur le col. L'opération, résolue, se fait simplement avec l'écraseur.

Deux jours après, cependant, une hémorrhagie abondante se déclare, et les moyens locaux employés parviennent à arrêter cet écoulement, mais ils laissent la malade dans un état de faiblesse excessive. Elle est exsangue, le pouls impalpable, les tissus complétement décolorés. On administre les toniques : potion de Tood, vin de Bordeaux, jus de viande, etc.

L'affaiblissement continue ; l'état d'anémie est extrême ; on craint une fin prochaine.

On voudrait donner du fer, mais l'estomac ne peut supporter aucune des préparations ferrugineuses essayées ; il rejette les sels solubles ou insolubles, organiques ou minéraux.

M. Féréol, chef de service dans la Maison, conseille alors d'essayer l'albuminate de fer, associé au sirop d'écorces (*liqueur de Laprade*). Les deux premières cuillerées sont difficilement tolérées ; la troisième est bien supportée. On continue, et, au bout de huit jours, la malade mange bien, les tissus se colorent. Quinze jours après, elle reprend visiblement, et le microscope permet de constater une notable amélioration dans le nombre des globules rouges. Cette femme est envoyée à la campagne pour y continuer son traitement. Après un mois de séjour, la menstruation se fait, et elle a repris son apparence de santé d'autrefois.

Devant des considérations de cette importance, nous estimons que l'albuminate de fer mérite d'attirer toute l'attention des praticiens. Depuis ces dernières années, du reste, il a été employé avec succès par les médecins des hôpitaux de Paris : MM. Féréol, Maurice Raynaud, Frémy, Dolbeau, Demarquay, Dujardin-Beaumetz, Nicaise, etc.

L'albuminate de fer de Laprade peut s'administrer sous différentes formes ; nous lui préférons celle de liqueur, parce qu'elle est plus absorbable, et surtout parfaitement supportée par l'estomac.

BIBLIOTHÈQUE

HYGIÈNE DE L'ESPRIT AU POINT DE VUE PRATIQUE DE LA PRÉSERVATION DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES, par le docteur Max SIMON. Paris, 1877. J.-B. Baillière et fils, libraires.

Joli petit in-12, d'une lecture intéressante et d'un style attrayant. L'auteur est le digne fils du docteur Max Simon, qui a publié un des meilleurs livres de notre littérature contemporaine, le *Traité de Déontologie médicale.* Il étudie dans cet opuscule, qui aurait pu lui fournir le thème d'un bien gros volume, les circonstances les plus ordinaires dans lesquelles se développent les maladies mentales et nerveuses, dont l'accroissement, dit-il, est chaque jour plus marqué.

Dans autant de chapitres, l'auteur traite de la crainte, de l'incitation, de la superstition, de quelques passions, excès et abus, du mariage, du célibat, de la solitude, de la civilisation, des professions, de la vie heureuse. Il termine ce volume par des maximes et des pensées.

M. Simon montre les résultats funestes que peut produire sur les jeunes enfants la peur qu'inspirent des récits effrayants, la menace si saugrenue de Croquemitaine ; plus tard, au collége, la sévérité excessive des maîtres et la crainte incessante des punitions. A côté de cette dernière, il faut placer la crainte de l'enfer et des peines éternelles, puis la crainte de certaines maladies, etc.

Ce chapitre, comme la plupart des chapitres suivants, est un résumé très-substantiel et revêtu d'une forme élégante, des connaissances acquises sur le développement des névroses et des névropathies. Il y a des pages très-élevées dans ce petit volume. Je cite avec plaisir la suivante, sur la sagesse de réprimer les ardeurs d'une ambition excessive :

« Connaissons-nous donc nous-mêmes et sachons régler nos ambitions sur les facultés que la nature a mises en nous. Que si, ayant su borner nos désirs, ces désirs légitimes sont pourtant déçus, ne nous affligeons pas. Que sont, après tout, vues d'un peu haut, toutes les ambitions humaines? Que sont ces dignités et tout cet appareil que nous nommons la grandeur et la puissance? Hélas! bien peu de chose. Les anciens avaient assez coutume de se consoler des déceptions de l'ambition et des rigueurs de la fortune en invoquant la petitesse de l'homme comparée à la grandeur de l'univers. Que ne pourrions-nous dire sur un tel sujet, nous qui connaissons bien mieux qu'ils ne faisaient cet immense univers! Le soleil et toutes les planètes sont les points d'une nébuleuse qui est elle-même un point dans l'espace infini. Qu'est alors le plus vaste pays du monde comparé à cette étendue? Qu'est-ce une ville dans ce pays? Qu'est un homme dans cette ville? Un imperceptible atome! Qu'importe donc que nous soyons assis sur un siége plus élevé ou plus bas, que nous portions ou non quelque bout de galon? »

J'ai trouvé aussi quelques pages charmantes. En voici une sur la *Solitude,* que l'on croirait sortie de la plume éloquente de Zimmermann :

« Voudrait-on parler maintenant d'une solitude momentanée? Non-seulement cette solitude

ne saurait être dangereuse, mais elle est une ressource précieuse, en telle circonstance donnée, pour la conservation de la santé de l'esprit. Qui n'a senti, en effet, la fatigue des relations mondaines, la vanité de ces conversations où l'on n'acquiert rien et où l'on se dépense inutilement? Qui n'a parfois souffert sur ce terrain privilégié de la vanité. Et, au contraire, qui ne s'est senti calmé et fortifié par la retraite, le recueillement et le commerce de ces nobles esprits toujours nos amis, prodigues de bons conseils, que rien ne lasse et que rien ne trouble : les livres? Qui fera jamais assez l'éloge des livres? Avez-vous besoin d'un avis? le livre vous le donnera, désintéressé, complet, exempt de toute réticence, sans avoir égard à vos préjugés, sans s'inquiéter de vous ménager en rien. Avez-vous éprouvé les sévérités de la fortune, avez-vous souffert de l'injustice des hommes? les livres vous apprendront que bien d'autres ont souffert qui valaient mieux que vous; ils vous montreront de nobles et dignes vies traversées par des embûches, par des tristesses, par des angoisses de toute sorte. Vous vous plaignez de vos malheurs immérités? et ces nobles hommes, honneur de l'humanité, qu'avaient-ils donc fait pour souffrir?

« Ne craignons donc point, momentanément au moins, la solitude. Sachons, au contraire, nous y habituer en des limites raisonnables. Pour moi, je l'avoue, j'ai quelque peine à priser ces hommes qui, selon l'expression du poëte, ont « ce grand malheur de ne pouvoir être seuls. »

Je serais heureux d'avoir inspiré à mes lecteurs le désir de lire cet opuscule où, sous une forme littéraire distinguée, ils trouveront une aimable et douce philosophie, des sentiments élevés et véritablement humains alliés à des aspirations généreuses vers le progrès et l'amélioration. A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. le Président annonce que M. Vast (de Vitry-le-François), membre correspondant, assiste à la séance.

M. Polaillon communique un cas de présentation du tronc chez une femme primipare, à l'autopsie de laquelle on a pu constater que l'utérus était complétement cloisonné. Rapprochant ce fait d'un cas analogue qu'il a pu observer, M. Polaillon conclut que les malformations de l'utérus peuvent être la cause de présentations vicieuses.

M. Blot demande quelles étaient les mesures du bassin de cette femme. On sait, en effet, que de toutes les nombreuses causes de présentations vicieuses, les malformations du bassin sont de beaucoup les plus fréquentes. M. Blot n'admet pas que deux faits seuls suffisent pour étayer l'opinion soutenue par M. Polaillon.

M. Polaillon répond que les mesures des diamètres du bassin n'ont pas été prises, mais qu'il était parfaitement évident que ce bassin n'était nullement vicieux. Cette femme n'avait jamais boité; elle n'était nullement rachitique; sa taille était normale et ne présentait aucune espèce de déformation; en outre, il était impossible, au toucher, d'atteindre l'angle sacro-vertébral. Le bassin était évidemment bien conformé.

M. Polaillon, contrairement à M. Blot, pense que les deux faits qu'il a produits suffisent pour faire admettre que les malformations de l'utérus peuvent être la cause de présentations vicieuses.

M. Guéniot fait observer que, dans cette hypothèse, une femme ainsi atteinte de malformation de l'utérus devrait toujours offrir des présentations vicieuses.

M. Blot ne voit, dans les deux faits de M. Polaillon, qu'une simple coïncidence et non une relation de cause à effet, et pense qu'il faut réserver notre jugement sur cette question. Il a dernièrement observé une femme qui, sans cause appréciable, a eu, à sa sixième grossesse, une présentation de l'épaule, tandis que, dans ses cinq premières, elle a toujours eu des présentations du sommet. Aucune cause apparente ne peut être invoquée chez cette malade.

En outre, M. Blot fait observer qu'il y a des femmes présentant les malformations utérines constatées par M. Polaillon, et qui ont des présentations par le sommet. Il est donc extrêmement difficile de se prononcer sur cette question, et le jugement doit être réservé.

— M. Gillette communique l'observation d'un boulanger, âgé de 61 ans, qui s'était introduit dans le rectum un morceau de manche de pelle à enfourner le pain. Lorsque cet homme s'est présenté à l'hôpital, il y avait déjà cinq jours qu'il portait ce corps étranger dans le rectum. M. Gillette le fit coucher sur le côté droit et pratiqua le toucher rectal; à une hauteur de 7 à 8 centimètres, le doigt rencontrait un corps étranger dur, que M. Gillette chercha à

prendre d'abord entre l'index et le médius, ensuite avec une pince à anneaux; mais ces tentatives ne firent que repousser encore plus loin le corps étranger; la main, appliquée sur le ventre, sentait une résistance dure dans la fosse iliaque gauche. Il fit alors placer le malade dans la position des femmes qu'on examine au spéculum, et, après avoir introduit trois doigts dans la cavité rectale, il put saisir l'extrémité du corps étranger à l'aide d'une tenette à calcul vésical et l'extraire facilement en lui faisant suivre la courbure du sacrum.

Il n'y eut pas d'écoulement sanguin. Ce morceau de bois, présenté à la Société, mesure 22 centimètres de longueur et 4 de diamètre; il est arrondi, évidé à l'un de ses bouts, et scié à plat à l'autre extrémité; si l'on ajoute à cette longueur de 22 centimètres les 7 ou 8 centimètres qu'a dû parcourir le doigt explorateur avant de rencontrer le corps étranger, on voit que celui-ci dépassait de beaucoup la longueur du rectum, et devait être situé en grande partie dans l'S iliaque. Contrairement au malade dont M. Tillaux a communiqué l'observation dans une précédente séance, et qui, à la suite de l'introduction d'une bougie dans le rectum, avait succombé à des accidents de péritonite, celui-ci n'eut pas le moindre accident consécutif, et est aujourd'hui complétement guéri, ce que M. Gillette attribue à ce qu'il était coutumier du fait, si l'on en juge par l'extrême largeur de son rectum.

M. Delens demande quel était l'état de l'anus?

M. Gillette répond qu'il n'était ni infundibuliforme ni contracturé, et qu'on aurait pu y faire pénétrer sans difficulté la main, et même l'avant-bras.

M. Desprès rappelle l'histoire d'un forçat, observé par M. de Closmadeuc, qui garda pendant des mois un étui dans le rectum sans en éprouver d'accidents fâcheux.

— M. Trélat communique, en quelques mots, le fait suivant : Il y a trois ans, dit-il, me fut présentée une petite fille de 8 ans, chez laquelle je reconnus l'existence d'un mal de Pott. Entrevoyant la possibilité d'abcès par congestion, je conseillai de la placer dans la gouttière de Bonnet, et de supprimer chez elle toute espèce de mouvement. Après quelques mois, j'appris que mon conseil n'avait pas été suivi et que les parents de cette petite fille avaient fait appel à un autre mode de traitement; j'appris que l'enfant avait été envoyée dans l'établissement dirigé par M. Dally où, sous la surveillance de M. Vidal, elle avait été soumise à un traitement consistant principalement en bains salés, douches froides, gymnastique, premenades au grand air, etc. Dix mois après environ, MM. Vidal et Dally crurent devoir me ramener cette enfant, et me firent constater son bel état de santé; elle offrait, en effet, un aspect de bien-être général, une aisance dans les mouvements et une absence complète de douleurs dont je félicitai sincèrement M. Dally; elle était infiniment mieux que dix mois auparavant. Je donnai acte à ces messieurs des bons résultats qu'ils avaient obtenus dans ce cas. Il y a de cela quatorze mois. Aujourd'hui cette petite fille présente toujours un bon aspect de santé générale, mais sa gibbosité est devenue de nouveau douloureuse, et il est facile de constater chez elle qu'un abcès par congestion occupe toute la région hypogastrique et sous-inguinale du côté gauche. Défions-nous donc des apparences de guérison du mal de Pott par les moyens généraux, rappelons-nous que ce mal est inexorable, et je reviens, quant à moi, plus que jamais au conseil que j'avais primitivement donné et qui n'a pas été suivi chez cette petite fille.

M. Verneuil fait observer qu'il n'a pas été question, à la Société de chirurgie, du traitement du mal de Pott depuis la discussion restée celèbre entre MM. Broca et Bouvier. Depuis ce temps, ajoute M. Verneuil, la thérapeutique de cette affection a fait d'immenses progrès, et l'on peut dire aujourd'hui que le mal de Pott est une maladie parfaitement curable. Le principal honneur de cette heureuse métamorphose revient à ceux qui ont posé les principes absolument opposés à ceux que vante aujourd'hui M. Dally et absolument semblables à ceux que professe M. Trélat, c'est-à-dire qui ont préconisé une bonne hygiène, l'exposition au grand air et surtout l'immobilisation absolue pratiquée, non pas seulement pendant des semaines ou même des mois, mais pendant des années. Malheureusement, il nous arrive à tous de trouver souvent des parents ignorants, entêtés ou mal conseillés, qui contrecarrent tous nos efforts; mais, lorsque nous sommes assez heureux d'avoir affaire à des parents intelligents et confiants, qui acceptent et suivent, sans les discuter, nos conseils, nous obtenons des résultats très-remarquables. Non-seulement on arrête les progrès de la maladie, mais on prévient ainsi les abcès par congestion. J'ai présent à l'esprit au moins six enfants que je suis depuis sept, huit et dix ans, et qui ont parfaitement guéri par ces moyens. La gibbosité elle-même se modifie sensiblement, d'abord par le fait même du décubitus dorsal prolongé, ensuite par ce fait que la colonne vertébrale s'effile.

La gouttière de Bonnet, ajoute M. Verneuil, est souvent infidèle ou tout au moins insuffisante pour le mal de Pott qui dépasse la hauteur de la sixième dorsale; il faut y ajouter une cuirasse allant du bassin à la nuque et tenir les enfants couchés pendant au moins un an; car, comme l'a souvent dit M. Ollier, les appareils seuls ne suffisent pas, il faut, par dessus tout, l'immobilité. C'est une erreur de croire que les enfants dépérissent dans ces appareils;

on les voit, au contraire, profiter parfaitement de la bonne nourriture, de l'exposition au grand air et de la bonne hygiène, qu'il ne faut jamais oublier de recommander en même temps dans ces cas.

M. Marjolin dit que les remarques si utiles de MM. Trélat et Verneuil ne sont pas assez répandues dans la pratique, et le monde médical est encore plein de préjugés relativement au traitement du mal de Pott par les appareils. On a été jusqu'à accuser ces appareils de pouvoir être la cause de méningites tuberculeuses.

Il est bon de faire remarquer à ce sujet que, si l'on interroge avec soin les antécédents des enfants atteints d'affections osseuses, il est rare qu'on ne trouve pas au moins un tuberculeux parmi leurs parents ascendants. Il ne faut donc pas mettre sur le compte des appareils ces méningites tuberculeuses qui ne sont le plus souvent que le résultat de diathèses héréditaires. Il est incontestable, au contraire, que les appareils immobilisateurs, en particulier la gouttière de Bonnet, ont rendu et rendent tous les jours d'immenses services. A défaut de gouttière de Bonnet, on peut, comme je l'ai fait souvent à l'hôpital, avoir recours à une simple volige percée de trous, contre laquelle est fixé l'enfant. En résumé, quel que soit l'appareil employé dans toutes ces affections supposées osseuses, il ne faut pas hésiter à proposer l'immobilisation prolongée.

M. Desprès fait observer qu'il y a des distinctions à faire dans les maux de Pott.

M. Trélat n'avait pas l'intention de soulever une discussion sur le mal de Pott. J'ai, dit-il, une opinion, une conviction, j'ai fait un diagnostic, j'ai donné un conseil qui n'a pas été suivi, j'ai pu constater des apparences séduisantes de guérison; mais, après un certain temps, j'ai pu voir que la maladie n'en suivait pas moins sa marche inexorable, et j'en conclus qu'il ne faut pas se laisser tromper par ces apparences de précision, et qu'il faut, une fois le mal de Pott avec gibbosité bien constaté, se montrer plus sévère que jamais sur la nécessité absolue de l'immobilisation dans ces cas.

— M. Vast donne lecture de l'observation d'un homme de 73 ans, qui, à la suite d'un choc violent et d'une chute, a été atteint d'une luxation fémoro-tibiale en arrière, avec rupture de l'artère et de la veine poplitées, sans lésion des téguments, qui a subi l'amputation de la cuisse et qui a parfaitement guéri.

— M. Labbé présente deux malades. Le premier est un homme d'une quarantaine d'années, chez lequel il a pratiqué la résection sous-périostée de la tête humérale. Cet homme est aujourd'hui complétement guéri des accidents inflammatoires dont il était atteint depuis fort longtemps, et se sert très-bien de son bras.

L'autre est une jeune fille de 10 ans, portant une tumeur sur la face externe de la paupière, qui va toujours en augmentant. M. Labbé consulte ses collègues sur la nature de cette tumeur et l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans ce cas.

M. Desprès pense qu'il s'agit là d'une tumeur érectile ou d'un myome caverneux. Il ne croit pas qu'une opération puisse arriver à débarrasser complétement cette enfant de cette tumeur, qu'il regarde comme une affection grave, et il serait d'avis de recourir simplement aux injections de perchlorure de fer.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE PORRIGO. — MACCORMAC.

Huile de pétrole.	15 grammes.
Axonge	30 —
Huile essentielle de lavande.	q. s.

Mêlez. — On ramollit cette pommade au bain-marie, et on l'étend, à l'aide d'une brosse douce, sur le cuir chevelu, préalablement rasé. Avant de procéder à une nouvelle application de pommade, on enlève l'ancienne avec de l'eau chaude et du savon noir. — Cette préparation réussit également contre la teigne faveuse et la gale, contre les pédiculi du pubis, de la tête et du corps. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 27 NOVEMBRE 1777.

On enterre dans l'église de Saint-Jacques-de-l'Hôpital, Louis Pathiot, natif de Troyes (27 octobre 1716), et l'un des médecins les plus honorables de la Faculté de Paris. Il mourut presque dans la misère, et dès l'année 1759, nos pères lui servaient une rente de 400 livres. — A. CH.

COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique, a Paris. — *Le jeudi* 27 *décembre* 1877, à une heure de relevée, il sera procédé au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, quai de Gesvres, n° 4, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *bandages, pessaires, bas lacés*, etc., nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant l'année 1878, et celle des *instruments de chirurgie en gomme élastique* pendant les années 1878, 1879 et 1880.

Cette adjudication sera faite, pour chaque fourniture, *en deux lots* qui ne pourront être réunis.

S'adresser, pour renseignements, au secrétariat de l'administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à 3 heures.

Salle des conférences, 39, boulevard des Capucines. — Demain mardi, 27 novembre, à 8 heures 1/2 du soir, M. le docteur de Pietra Santa (de la Société française d'hygiène) fera une conférence sur l'*Acclimatement des Européens en Algérie; — l'émigration des Alsaciens-Lorrains.*

Pétition relative aux tours (Sénat, séance du 8 novembre). — L'ordre du jour appelle la discussion des conclusions du rapport fait au nom de la quatrième commission des pétitions, chargée d'examiner la pétition de M. le docteur Brochard tendant : 1° au rétablissement des tours ; 2° à l'abrogation de la loi du 5 mai 1869, qui a enlevé le service des enfants trouvés aux administrations hospitalières, pour le donner aux administrations départementales. M. le Président donne lecture des conclusions du rapport : « La commission a jugé qu'il y avait lieu d'appeler la sollicitude toute particulière de M. le ministre de l'intérieur et de M. le garde des sceaux sur les graves questions soulevées par M. le docteur Brochard, et propose, en conséquence, au Sénat, le renvoi de sa pétition aux deux ministres. »

Le Sénat, consulté, adopte les conclusions de la commission. (*Gaz. hebdom.*)

Poisons sagittaires. — C'est ainsi que M. le docteur Lagneau appelle les substances vénéneuses dont on peut enduire les armes. Il prouve par des citations nombreuses, empruntées aux écrivains de l'antiquité, que les populations primitives de l'Europe connaissaient les procédés propres à empoisonner leurs flèches et leurs épées. Chez les Celtes et les Gaulois, les armes empoisonnées servaient surtout à la chasse ; les Franks, les Vandales, les Daces, les Dalmates, les Scythes employaient ces armes à la guerre. Outre le venin de vipère, la plupart des substances toxiques destinées à cet usage étaient de provenance végétale et fournies par l'aconit, l'if, l'ellébore et d'autres plantes (l'hélénium, le niscum et le linéum), encore mal déterminées. L'action de certains de ces poisons paraît avoir été remarquablement violente. Aristote dit que les chasseurs celtes s'empressaient de courir vers le gibier abattu pour exciser la région blessée, sans quoi la décomposition de l'animal eût été générale et immédiate. Sulpice Alexandre rapporte que la plus légère érosion produite par les Franks suffisait pour causer la mort. (*Journ. des conn. méd.*)

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — La Société de médecine publique tiendra sa séance mensuelle, le mercredi 28 novembre, dans son local, rue de l'Abbaye, n° 3 (salle de la Société de chirurgie), à 8 heures du soir.

Ordre du jour : Discussion des communications faites dans la séance précédente par MM. Gubler, Vallin, Fieuzal, Léon Colin, Pinard, Napias.

Communications : 1° M. Vidal : L'isolement des malades dans les hôpitaux ; — 2° M. Bertillon : Des modifications à apporter dans les inscriptions des naissances, des décès, des mariages, sur les registres de l'état civil, ou au point de vue de l'hygiène et de la démographie.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de *pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire* (semestre d'hiver) le jeudi 29 novembre, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure.

Le cours comprendra :

Le parallèle de la taille et de la lithotritie;

Le traitement des rétrécissements de l'urèthre;

Les projections photo-micrographiques des dépôts de l'urine et de nombreuses pièces d'anatomie pathologique de l'appareil urinaire.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Lasègue a présenté deux épileptiques, une fille et un garçon, sur le crâne desquels l'Académie a pu constater la difformité, ou la malformation, ou l'arrêt de développement, qu'il considère comme pathognomoniques de cette terrible maladie. A cette occasion, on peut se demander pourquoi la première communication faite sur ce sujet par M. Lasègue, dans la séance qui fut honorée de la présence de l'empereur du Brésil, pourquoi, disons-nous, cette communication n'a été encore l'objet d'aucune discussion. N'avait-on pas annoncé qu'un des aliénistes les plus autorisés, que M. Baillarger devait prendre la parole sur cette question? Si elle reste sans débats, la faute n'en pourra être imputée à M. Lasègue, qui, bravement, l'a portée à la tribune académique, et a provoqué deux fois ses contradicteurs.

Le résultat de l'élection dans la section de pharmacie était prévu. Sur 70 votants, M. Riche, si riche en travaux importants, a obtenu 65 suffrages.

Le jury chargé de juger les épreuves des candidats au legs Gerdy a été également élu au scrutin. Il se compose de cinq membres de l'Académie; il sera plus nombreux que les candidats, car un seul, dit-on, s'est présenté.

Après ces élections, la discussion s'est ouverte sur la communication faite il y a quelque temps, par M. Verneuil, sur l'amputation coxo-fémorale. M. Jules Rochard a pris le premier la parole pour combattre les opinions de M. Verneuil. On trouvera au compte rendu de la séance un résumé substantiel du discours de cet honorable membre. Mais ce qu'on n'y trouvera pas, c'est le charme de cette parole élégante, facile, abondante, ayant toujours le mot propre à sa disposition, un enchaînement harmonieux et logique des pensées, l'accent, le trait, la mimique qui contribuent au succès du discours. M. Jules Rochard possède tout cela; il s'est placé, hier, aux premiers rangs des orateurs de l'Académie, dont il a reçu les plus chauds applaudissements.

Et cependant le sujet ne prêtait guère à l'éloquence. Dans ce discours, comme dans celui de M. Maurice Perrin, qui lui a succédé, et qui a été aussi bien accueilli, il ne s'est guère agi que d'une question de médecine opératoire, de procédés et de méthodes pour éviter les hémorrhagies, si redoutables dans cette grave opération,

---

FEUILLETON

MUNARET

Voici, par extraits, la pieuse et touchante lettre adressée à M. le docteur Dumont (de Monteux), par Mme Valentine Revillet, née Munaret :

. . . . Brignais, 10 novembre 1877.

Cher docteur ami,

. . . .

Vous avez raison, cher docteur, *ma vie bordée de noir* semblait me garantir une fin plus sereine, et cette belle santé, qui faisait notre joie, était une sécurité de plus.

Pour lui aussi, nul pressentiment ne venait assombrir cette humeur toujours jeune et apte à jouir de toutes les poésies de la vie. Il est tombé dans tout l'épanouissement de la santé.

Samedi, 20 octobre, il rentra à onze heures du matin après une course à pied de plusieurs kilomètres. Le temps était splendide; il prit son journal et vint s'asseoir au jardin, *en plein soleil.* Avait-il un chapeau? mon souvenir troublé n'a pu me le rappeler. A midi, il se mit à table, si bien disposé de corps et d'esprit qu'il nous dit : « Quel plaisir de vivre aujourd'hui! » Je le regardai.. me disant à part moi : Quelle heureuse nature, un rien le réjouit; un rayon de soleil suffit à embellir sa vie. Ah! si j'avais pu prévoir, comme il le dit plus tard, que : « C'était le chant du départ! »

En sortant de table, il donna deux consultations, sortit un instant, puis, de retour dans

dont les suites sont également tant à craindre. M. Chenu raconte, en effet, que, sur plus de trente amputations coxo-fémorales faites dans la campagne de Crimée, aucune n'a été suivie de guérison. Il paraît qu'en Amérique, pendant la guerre de sécession, les chirurgiens de ce pays ont été plus heureux.

Du reste, la discussion semble vouloir s'allumer sur toute la ligne des chirurgiens. MM. Trélat, Richet, Alph. Guérin, ont demandé la parole. M. Verneuil répondra certainement aux graves objections qui lui ont été faites. Quant à nous, nous faisons des vœux pour que la question ne s'engage pas seulement sur le manuel opératoire, mais qu'il soit aussi un peu question de pathologie et des indications qui obligent véritablement le chirurgien à recourir à cette énorme mutilation qui a donné jusqu'ici de si tristes résultats. — A. L.

CLINIQUE MÉDICALE

PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT ET ADHÉRENCES ANCIENNES, COMPLIQUÉE DE LÉSIONS VALVULAIRES; PARACENTÈSE DU PÉRICARDE; MORT SUBITE;

Note lue à la Société médicale d'émulation, dans sa séance du 7 août 1877,

Par le docteur WIDAL.

(Suite et fin. — Voir l'UNION MÉDICALE du 24 novembre.)

L'observation qui précède renferme plus d'un enseignement. Et d'abord, comme le trocart avait été enfoncé d'emblée à une profondeur de 3 centimètres sans donner issue à du liquide, on aurait pu croire que l'instrument avait été poussé trop brusquement, et que, par suite, il avait traversé toute la couche liquide pour atteindre immédiatement le feuillet viscéral du péricarde. Mais l'autopsie a démontré que le manuel opératoire n'avait été pour rien dans l'insuccès de l'opération, et que celle-ci avait échoué parce que le péricarde présentait dans le point traversé par l'aiguille une adhérence intime que rien n'aurait pu faire soupçonner pendant la vie.

Après cette ponction *sèche* avec pénétration immédiate du trocart dans le cœur, on aurait pu supposer encore que le diagnostic avait été erroné, et qu'on avait pris pour un épanchement péricardique une dilatation considérable du cœur. Bien que cette erreur ait été commise parfois, et Trousseau en cite deux exemples dans sa clinique, j'ai persisté, même après l'opération, dans mon diagnostic primitif, parce

---

son cabinet, prit un livre; mais au moment où sa lecture le captivait, un éternument subit lui fit ressentir une douleur dans le cerveau, il monta dans sa chambre, mais là, il sentit *tout tourner...* Il put encore se jeter sur son lit et appeler; ma mère entendit sa voix étouffée et monta rapidement; il lui dit seulement : « Bain de pied... attaque!... » (Il était deux heures.) Sa parole embarrassée était très-difficile à comprendre. A quatre heures, deux confrères arrivèrent, mais lui trouvèrent le pouls si faible qu'une saignée l'eût foudroyé. Pour lui, immédiatement frappé moralement, il se jugea *perdu;* il analysait son mal avec une lucidité terrible, et prescrivait ce qu'il lui fallait. . . . .

Pendant huit jours nous passâmes par toutes les alternatives de la crainte et de l'espoir. Son active intelligence ne se reposait ni le jour ni la nuit, et lui rendait encore plus douloureuse cette *difficulté* de s'exprimer. L'oreille du cœur entend toujours... Je finis par saisir ces pauvres lambeaux de phrases hachées, impatientes, toujours *tristes;* ce fut, dès le début, le symptôme dominant. Rien ne pouvait le distraire de cette pensée fixe, *que c'était la fin.* Dès le premier jour, il demanda M. le curé, et lui dit : « Irai-je jusqu'à demain? » Avec la garde, il s'exprima plus nettement encore : « Je ne me fais point d'illusion, mais je le cache à ma famille; je n'ai plus qu'une veine qui doit se *briser;* quand ce moment sera venu, *ce sera la fin!...* »

Le mercredi matin, il reçut les sacrements, pénétré et très-ému, ses larmes coulaient... Dans la matinée, il me dit : — Bien malade... Extrême-onction!... — Ah bah! lui dis-je en m'efforçant de sourire, il y a des malades qui la reçoivent jusqu'à trois fois. Au moins vous avez en ce moment la visite d'un médecin qui vous guérira *sans vésicatoires.* — Il poussa un soupir et ajouta : « Mon doux Jésus! » Mon frère était arrivé dans la nuit, il le revit avec émotion; puis ses questions redevinrent calmes, abordant toute espèce de sujet. Mais, ce qui

que, à ma connaissance, il n'y a pas d'exemple qu'un cœur, qui d'ailleurs est resté à sa place, se soit dilaté assez pour atteindre la ligne de l'aisselle droite et le tiers externe de la clavicule du même côté.

Il eût été difficile de reconnaître pendant la vie les lésions constatées à l'autopsie, c'est-à-dire l'adhérence intime de toute la portion gauche du péricarde et la dilatation exclusive, par suite d'un épanchement de toute la portion droite de l'enveloppe cardiaque. La percussion eût été impuissante à donner la clef de cette énigme, mais la palpation et l'auscultation auraient pu, à la rigueur, nous mettre sur la voie d'un diagnostic plus précis. En effet, le doigt percevait très-distinctement le choc de la pointe dans le quatrième et dans le cinquième espace intercostal gauche, et dans les mêmes points l'oreille entendait nettement les bruits du cœur, ce qui aurait dû faire présumer l'absence dans cette région d'un liquide interposé entre le cœur et la paroi thoracique. Je sais bien qu'on a vu quelquefois le cœur surnager dans les épanchements, et, par suite, le choc de la pointe persister; M. Bouchut en a cité un exemple remarquable chez un enfant dont il a ponctionné le péricarde à plusieurs reprises. Mais cette persistance normale des battements de la pointe et des bruits du cœur, malgré l'existence d'un épanchement notable, est un fait rare, et, lorsqu'il existe, la matité précordiale conserve ou une forme arrondie ou celle d'un cône à base inférieure, sans s'étendre, comme chez notre malade, jusque dans l'aisselle droite et jusque sous le tiers externe de la clavicule, en affectant cette forme *elliptique* sur laquelle j'ai insisté plus haut. Si donc, avec la persistance à leur place habituelle des bruits du cœur et du choc de la pointe, on observe une matité s'étendant d'une façon insolite et sous forme d'une ellipse allongée jusqu'à la ligne de l'aisselle, on est en droit, croyons-nous, de soupçonner un épanchement développé plus spécialement dans le côté droit de l'enveloppe du cœur, et cela par suite d'adhérences anciennes et intimes des deux feuillets de la portion gauche du péricarde.

Si, dès lors, on entreprend la paracenthèse du péricarde, c'est dans la portion droite du thorax qu'on devra la pratiquer, afin d'éviter la rencontre du cœur. Seulement ce n'est pas à 2 centimètres en dehors du sternum, comme cela a été fait chez notre malade, qu'il faudra enfoncer le trocart, mais beaucoup plus en dehors et dans un point très-rapproché de la ligne axillaire où l'instrument, si profondément qu'il entre, ne saurait tomber que sur du liquide et non sur la portion adhérente du péricarde.

---

l'agitait beaucoup, c'étaient les *épreuves* de son dernier feuilleton, qu'il voulait absolument corriger. Nous fûmes obligés de télégraphier au docteur Icard pour faire croire à un accident dans les presses, car nous les avions tout d'abord cachées, ces maudites épreuves; car, dans notre pensée, ce dernier travail n'est peut-être pas étranger au mal. Lui-même en serait convenu au dernier moment, quand il dit : « On écrira au docteur Icard; les feuilletons m'ont tué!... »

Cependant, samedi 27, la journée fut calme, mais plus triste; il ne voulut voir personne et je restai presque toujours seule avec lui, évitant le plus léger bruit. Le soir, le pouls parut meilleur; la nuit très-bonne, un sommeil régulier. Enfin, le dimanche 28, le docteur Rambaud, son jeune confrère, nous quitta plein d'espoir; le pouls était revenu à son état normal; ce n'était plus qu'une question de forces et de nourriture. Il était neuf heures; nous, tout joyeux, nous nous proposions une bonne journée, faisant mille projets pour sa convalescence. A neuf heures et demie, je m'approche, et, le voyant tranquille, je vais m'appuyer à la fenêtre. A peine y suis-je que je m'entends appeler : — Valentine! Valentine!... Sa voix était étouffée. — Que voulez-vous, père? — Pas bien, me dit-il. Pauvre Valentine!... — Son regard profond et douloureux se fixa sur moi. Pauvre père! lui venait de comprendre.

Maintenant, je me rends compte de la moindre inflexion de voix, mais alors un bandeau couvrait mes yeux. Je crus à une simple défaillance; sa figure se décomposa instantanément, et des bâillements horribles se succédaient sans interruption; j'appelai... Au bout de vingt minutes, un confrère du voisinage arriva; il ne trouva plus de pouls; l'hémorrhagie qu'on redoutait s'était produite. Alors pour lui, et pour nous, commença cette horrible agonie de trente heures. Jouissant de toute sa connaissance, il calculait les approches de ce moment déchirant où tout ce que nous aimions le plus en ce monde allait nous quitter... Constamment

Mais la ponction du péricarde sera-t-elle bien indiquée, dans des conditions pareilles à celles où se trouvait notre malade? Je n'hésite pas à répondre par la négative. Ce n'est pas que l'opération ait hâté de beaucoup la fin de mon malade; il était arrivé à un état d'angoisse cardiaque telle qu'il devait succomber certainement dans les vingt-quatre heures. Ce n'est pas non plus que la lésion du cœur faite avec un trocart capillaire soit dangereuse en elle-même, au point de vue du traumatisme. On sait que MM. Onimus, Legros et Steiner ont pu pratiquer impunément l'électro-puncture du cœur, et M. Bouchut a rapporté un cas de paracentèse du péricarde où le cœur a été blessé deux fois, sans accident fâcheux pour le malade. Non, le danger ne vient pas de la blessure du cœur, si insignifiante et si prompte à se cicatriser, il vient du trouble, de la commotion, de l'émoi, si je puis dire, dont le contact du trocart frappe un cœur déjà profondément perturbé dans sa fonction par un épanchement qui le comprime, gêné aussi dans son jeu par des adhérences anciennes ou par des lésions valvulaires concomitantes, et susceptible dès lors de s'arrêter à la moindre émotion. Il n'est pas rare, on le sait, de voir un épanchement péricardique abondant aboutir spontanément à une syncope mortelle, tant le cœur a tendance, dans ces cas, à s'arrêter brusquement. Rappelons-nous que notre malade, atteint à la fois de péricardite et de lésions valvulaires, était en proie à une dyspnée extrême qu'exaspérait la moindre émotion, le moindre effort de parole, et que son pouls, d'une petitesse remarquable, indiquait une faiblesse déjà très-notable du muscle cardiaque, et que dès lors la moindre circonstance, le moindre mouvement brusque, pouvait enrayer définitivement les contractions du cœur. C'est ce qui est arrivé, en effet, sous l'influence et de l'émotion causée par l'opération et aussi, croyons-nous, sous l'influence du choc produit par le trocart, non sur la paroi même du cœur, mais sur le péricarde induré qui faisait corps avec elle, ce qui revient au même.

Que conclure de tout cela, si ce n'est : 1° que la ponction du péricarde, même faite avec l'appareil aspirateur, constitue une opération très-délicate, grâce à la présence du cœur, grâce aussi aux anomalies que peut présenter le siége de l'épanchement, anomalies que la percussion et l'auscultation ne sont pas toujours aptes à faire reconnaître; 2° que l'opération est contre-indiquée toutes les fois qu'à la suite d'un épanchement péricardique considérable, compliqué ou non de lésions valvulaires, le cœur est déjà profondément troublé dans son fonctionnement et dès lors susceptible de s'arrêter à la moindre commotion; en un mot, la paracentèse

---

il nous disait : « Embrassez-moi, pauvres enfants. » Puis, s'adressant à chaque personne en particulier, il lui dit un mot : « Adieu! adieu à tous!... Mon Dieu! emmenez-moi, je suis prêt, je vous attends!... Ma fille, je compte sur toi... »

Pendant ces trente heures, penchés sur ce lit de douleurs, nous aussi nous nous sentions mourir. Enfin, lundi soir, à cinq heures moins un quart, ce souffle aimé s'arrêta sous nos baisers!!!

Que vous dire encore?... je n'en ai plus la force, Seulement, si quelque chose pouvait calmer une si poignante douleur, ce serait la sympathie et la douleur générale d'un pays où il répandait le bien sans faire de bruit. Ses funérailles ont été une ovation; on eût dit un triomphe plutôt qu'un cortége funèbre. Les fleurs et le soleil, qu'il avait tant aimés, étaient encore sa parure. Et maintenant!... Ah! c'est le vide à jamais; c'est mon dernier bonheur à jamais détruit. Vous, cher docteur, l'ami et le confident de cette nature d'élite, vous devinez quel père ce pouvait être!

Valentine Revillet, née Munaret.

OBSÈQUES DE MUNARET

Elles furent magnifiques. Le 2 novembre dernier, toute la population de Brignais et celle des communes environnantes firent à Munaret un cortége d'amis affligés. Deux discours furent prononcés sur sa tombe, l'un par M. Bourland, au nom de l'Association des médecins du Rhône, et que nous regrettons de ne pouvoir reproduire; l'autre au nom du *Lyon médical,* par M. le docteur Gailleton. Voici ce dernier discours :

« Cette foule, émue et recueillie, accourue pour rendre un dernier hommage à l'homme de

du péricarde offre d'autant plus de danger qu'on a attendu plus longtemps, volontairement ou non, pour la pratiquer.

Il y a plus, et c'est un fait que j'ai fait ressortir dans mon mémoire sur la thoracentèse, la ponction de la plèvre, d'ordinaire si inoffensive, alors même que le poumon a été blessé par le trocart, devient elle-même un danger et partant est contre-indiquée, lorsqu'avec l'épanchement pleural coïncide soit une péricardite considérable, soit une lésion valvulaire avancée. L'émotion inévitable et plus ou moins marquée, suivant les sujets, que détermine la thoracentèse, le déplacement du cœur qui résulte de l'extraction du liquide pleural, surtout si l'épanchement siége à gauche, suffisent alors à provoquer la syncope. Cela est si vrai que parmi les cas de mort subite observés à la suite de la thoracentèse, l'un a été amené par une péricardite concomitante constatée à l'autopsie, l'autre par des troubles circulatoires préexistants à l'opération. Sans doute, comme le dit M. Dieulafoy, avec l'appareil aspirateur on n'aura plus aujourd'hui les mêmes raisons qu'autrefois pour éluder une intervention directe en cas d'épanchement péricardique, et pour temporiser jusqu'aux dernières limites. Mais lorsqu'on songe à la rareté des guérisons obtenues par la ponction du péricarde, même faite à temps (M. H. Roger n'en a constaté qu'une sur 14 cas!), à la reproduction presque fatale de l'épanchement, au danger qu'offre l'opération par elle-même, n'est-il pas permis de dire qu'on n'y doit recourir qu'à bon escient et le plus rarement possible?

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Charente pendant l'année 1876. (Com. des épidémies.)

2° Une lettre de rappel du Conseil municipal de Saint-Paris, à propos de la demande en autorisation d'exploiter la source des Fonds-Bouillants, adressée il y a un an à l'Académie.

3° Le rapport de l'inspecteur des eaux de La Malou pour l'année 1875.

---

bien que nous venons de perdre, témoigne éloquemment de la perte douloureuse qui frappe la famille médicale et la commune de Brignais.

Munaret, l'un des écrivains les plus brillants de la presse médicale, était aussi l'honneur de notre profession par la noblesse de son caractère, son dévouement désintéressé, les institutions utiles qu'il a fondées ou encouragées. Au nom de ses amis, des milliers de lecteurs qu'il a charmés et instruits, au nom du *Lyon médical* dont il fut le collaborateur dévoué, je viens lui adresser le suprême adieu et rappeler en quelques mots les principaux traits de cette existence consacrée tout entière au travail et que la mort a si soudainement interrompue.

Jean-Marie-Placide Munaret est né à Nantua en 1805, dans ce département qui se glorifie d'avoir donné naissance à tant d'illustrations médicales.

Après avoir achevé ses études classiques, Munaret se rendit à Paris pour commencer la médecine. Son compatriote, le professeur Richerand, l'admit à son hôpital comme élève, et dans sa maison comme un commensal. Sous ce toit hospitalier, il rencontra un autre compatriote, ami de la maison, le célèbre auteur de la *Physiologie du goût*, Brillat-Savarin, dont il conserva toujours le pieux souvenir.

A l'âge de 25 ans, il soutient sa thèse à Montpellier sur la *Médecine de l'esprit,* préludant ainsi aux études philosophiques et littéraires de sa vie.

En 1837, à peine âgée de 32 ans, il publie son premier ouvrage, le *Médecin de campagne et ses malades.* Ce fut une révélation. Le charme du style, la finesse des observations, la science pratique qui se dévoile à chaque page, placèrent d'emblée cette œuvre au premier rang de la littérature médicale.

La même année parut son *Voyage à Lausanne,* consacré à la vulgarisation du système de

4° Les rapports sur le service des hôpitaux militaires de Vichy et de Bourbon-l'Archambault. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail manuscrit de M. le docteur Abeille, sur le traitement qu'il convient d'appliquer aux épanchements purulents de la plèvre avant de pratiquer l'opération de l'empyème.

2° Une brochure, par M. Maurisse, sur un monstre à trois membres pelviens.

—

M. Lasègue présente à l'Académie une jeune fille de 14 ans, qui présente une des bosses frontales plus développée que l'autre, et un défaut de symétrie dans les os palatins. Cette jeune fille est épileptique et vient confirmer la thèse qu'a soutenue M. le docteur Lasègue, à savoir, que la déformation de la boîte crânienne était une des causes de cette maladie.

—

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Bouvier, membre titulaire, et celle de M. Jules Roux, membre associé national à Toulon.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Bouvier.

M. le docteur Claude Bernard avait été désigné par l'Académie pour assister à la séance d'inauguration de la Faculté de médecine de Lyon. M. Bernard n'a pu y aller, mais il a écrit au doyen une lettre, dont M. le Président donne lecture.

—

La section de pharmacie avait présenté la liste suivante de candidats à la place vacante dans la section de pharmacie :

En première ligne, M. Riche; — en deuxième ligne, M. Bourgoing; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Grassi et Méhu; — en quatrième ligne, M. Prunier.

L'Académie procède à l'élection par la voie du scrutin :

Sur 70 votants, M. Riche obtient 65 suffrages, M. Méhu 4; il y a un bulletin blanc.

En conséquence, M. Riche est proclamé membre élu.

—

L'Académie procède ensuite à la nomination de cinq membres pris dans son sein, pour être juges du concours pour le prix Gerdy.

Sont nommés, au scrutin de liste, MM. Béclard, Gubler, Jules Lefort, Pidoux et Broca; les mêmes qui avaient été chargés de préparer les conditions du concours.

—

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la désarticulation coxo-fémorale.

M. Rochard a la parole sur la communication faite le 30 octobre par M. Verneuil, relati-

---

déligation de Mayor. Médecin de campagne, aux prises avec les difficultés de la pratique journalière qui ne permettait pas l'application des bandages aussi compliqués qu'infidèles, utilisés à cette époque, Munaret se fit le vulgarisateur enthousiaste des appareils du chirurgien de Lausanne.

A cette partie de sa carrière, Munaret pouvait aspirer à une brillante position dans une grande ville, mais ni ses goûts, ni son ambition ne le poussaient dans cette voie. Il vint cependant à Lyon, y séjourna quelque temps, puis l'abandonna bientôt pour s'établir à Brignais. Mais son séjour dans notre cité ne fut pas stérile; on lui doit la fondation d'une œuvre éminemment utile et philanthropique, le Dispensaire spécial, qui rend encore aujourd'hui d'inappréciables services.

Comment cet esprit si distingué, si fin, si délicat a-t-il pu s'acclimater aux rudes labeurs de la médecine rurale? C'est que Munaret était un amant passionné de la nature, du soleil et des fleurs; c'est qu'à la campagne seulement il pouvait concilier ces deux incompatibles, l'exercice, la vie du corps et la méditation, la vie de l'intelligence.

Dans ses courses lointaines, il chemine en songeant à ses livres, à l'anecdote du jour, à l'idée de demain; une pensée heureuse vient-elle à son esprit, vite elle est inscrite sur ses tablettes, qui constitueront une mine inépuisable pour l'écrivain.

Ainsi préparait-il les matériaux qui se transformaient en articles charmants, qu'il a publiés depuis trente-cinq ans dans les journaux de médecine de Paris et de Lyon. Sa collaboration était partout recherchée; écrivain du meilleur style, il excellait dans l'art de tout dire sans jamais blesser personne; son esprit gaulois n'a jamais combattu que les sots préjugés et les éhontés du charlatanisme.

Munaret n'a eu d'autres passions que ses livres et ses écrits; trouver une belle édition,

vement à la désarticulation coxo-fémorale. Les graves questions que soulève ce travail sont de celles que l'Académie ne peut pas laisser passer inaperçues, et M. Verneuil est le premier à désirer qu'elles soient soumises à la discussion. Il ne s'agit pas seulement d'un procédé opératoire et d'un mode de pansements nouveaux appliqués à la désarticulation de la hanche, c'est le principe même de la réunion immédiate qui est mis en cause, c'est la question de la septicémie qui se trouve incidemment soulevée.

M. Verneuil a pratiqué quatre fois la désarticulation de la hanche; il a perdu les trois premiers malades et sauvé le quatrième; il attribue ce succès à la ligne de conduite qu'il a suivie. Dans son opinion, la plupart des décès qui surviennent à la suite de cette opération sont causés par la perte de sang ou par la septicémie. Les blessés meurent exsangues ou empoisonnés. Pour les mettre à l'abri de ces deux causes de mort, M. Verneuil fait usage d'un nouveau procédé opératoire et d'un nouveau mode de pansement; ce sont là les deux points qu'il s'agit d'examiner.

Dans la désarticulation de la hanche, les opérés perdent beaucoup de sang par les branches de l'hypogastrique auxquelles la compression de la crurale et celle de l'aorte abdominale elle-même ne sauraient remédier, il faut lier les vaisseaux avant de les ouvrir. Pour cela, M. Verneuil procède à l'ablation de la cuisse, comme s'il s'agissait d'enlever une volumineuse tumeur. Il abandonne le couteau pour le bistouri, divise les tissus couche par couche et lie les vaisseaux au moment où il les aperçoit, quel que soit d'ailleurs leur calibre. Ce mode opératoire constitue une véritable méthode, puisque depuis longtemps M. Verneuil en a généralisé l'emploi, et que, dès 1870, il y avait eu recours dans huit grandes opérations. M. Rochard admet d'autant plus volontiers le principe sur lequel il repose, qu'il en a depuis longtemps reconnu les avantages. Il rappelle à ce sujet que, depuis près de trente ans, son maître, Marcellin Duval, a substitué le scalpel au couteau dans la pratique des amputations et formulé le précepte de lier les gros vaisseaux avant de les diviser. M. Duval se sert exclusivement du scalpel pour toutes les amputations qui se pratiquent sur la main et l'avant-bras, sur le pied et sur la jambe à sa partie inférieure. Il ne se sert du couteau que pour diviser les masses musculaire d'un grand volume.

L'orateur expose en détail le procédé qu'il a vu employer par Marcellin Duval le 5 mai 1858, dans une désarticulation coxo-fémorale et qui repose tout entier sur ce principe. Il se hâte de déclarer que ce procédé n'est pas le même que celui de M. Verneuil, et en montre les différences. Il n'a nullement, du reste, l'intention de soulever une question de priorité; il a voulu seulement rendre hommage à son ancien maître, qui a été un des premiers à réagir contre la chirurgie expéditive à laquelle M. Verneuil fait la guerre de son côté.

M. Rochard aborde alors le second point de la question; il expose, en quelques mots, le mode de pansement mis en usage par M. Verneuil, et qui consiste à ouvrir la plaie le plus largement possible, à l'étaler et à la panser à plat avec de petits carrés de tarlatane imbibés d'eau, sur lesquels il applique des plumasseaux trempés dans un liquide antiseptique. Le tout

---

une gravure rare, était pour lui un événement heureux; raconter au lecteur les péripéties de sa découverte était la plus douce des satisfactions.

Ses *Causeries* étaient empreintes d'un charme particulier ; étranger par son caractère et les conditions de sa vie rurale à toutes les petites coteries d'Académie ou d'École, il n'abordait que des sujets d'histoire médicale, d'hygiène publique et de philosophie.

Tristement frappé de la condition malheureuse faite aux déshérités de la famille médicale, il étudie un projet de maison de refuge et de caisse de retraite pour les médecins vieux et infirmes; membre fondateur et des plus militants de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, il fait la guerre au charlatanisme et cherche le spécifique encore inconnu contre cette lèpre sociale.

Une des grandes préoccupations de sa vie fut la propagation de l'hippophagie ; prêchant d'exemple, il organise des banquets, fait campagne dans la presse et se multiplie pour vaincre les préjugés et l'indifférence du consommateur.

Pour se délasser, il lit les anciens, collectionne les portraits, gravures, médailles des médecins célèbres, prépare une autographie médicale que les exigences de sa vie de médecin ne lui permettent pas d'éditer, et, au milieu de ces labeurs, de ces courses journalières, il écrit toujours sa causerie mensuelle. Cette causerie, c'était pour son esprit la gymnastique obligatoire, le lien qui le rattachait à la vie médicale.

Mais Munaret n'était pas seulement un esprit d'élite, un artiste épris du beau, c'était un cœur aimant et dévoué, un médecin chérissant son art et profondément attaché à ses malades; sa figure franche et sympathique, son regard vif et bienveillant appelaient la sympathie; nul ne savait mieux que lui conquérir la confiance du malade, compatir à ses maux : cette intelligence d'élite avait toutes les délicatesses du cœur.

est recouvert d'une couche d'ouate, d'un morceau de taffetas gommé et d'un bandage contentif aussi simple que possible. M. Rochard fait observer que c'est là revenir aux errements de l'ancienne chirurgie, en les dépassant même, puisque ce n'est même pas la réunion secondaire, c'est la désunion complète que préconise M. Verneuil. Il ne borne pas son éloignement par la réunion immédiate au cas particulier qui fait l'objet du présent travail, il lui a depuis longtemps déclaré la guerre et il la proscrit dans sa pratique à la Pitié.

C'est donc bien la réunion immédiate que M. Verneuil met en cause, et c'est elle que M. Rochard vient défendre, non pas la réunion immédiate des temps passés qui se flattait d'obtenir la guérison d'une plaie d'amputation, comme celle d'une incision cutanée, mais la réunion rationnelle telle que tous les chirurgiens la pratiquent aujourd'hui. Cette méthode a fait de grands progrès depuis que Roux l'a naturalisée en France ; l'orateur les passe en revue ; il cite les éclatants succès obtenus à l'hôpital Saint-Mandrier par Jules Roux et par Arlaud, en 1859, sur les blessés de l'armée d'Italie, à l'aide du drainage préventif combiné avec la réunion immédiate et la suture entortillée ; il rappelle ceux qui ont été obtenus depuis dix ans à Bordeaux à l'aide du drainage profond, de la suture profonde et de la suture superficielle, et dont M. Azam a rendu compte à la séance du 22 mai dernier. Il invoque enfin le témoignage de M. A. Guérin qui, lui aussi, lorsqu'il imagina le pansement ouaté qui rend tant de services dans les hôpitaux insalubres, avait renoncé, pour y recourir, à la réunion immédiate et qui y est revenu depuis. M. A. Guérin applique aujourd'hui ses lambeaux l'un contre l'autre, après les avoir réunis par la suture, et les maintient accolés à l'aide d'épais coussinets d'ouate appliqués sur leur surface cutanée et ensevelis sous les épaisses couches de coton qui constituent ce pansement protecteur. Au bout de trois semaines, quand M. A. Guérin lève cet appareil, il ne trouve que quelques gouttes de pus qui ont filtré le long des ligatures.

Après avoir exposé ces résultats de la réunion immédiate, M. Rochard discute les avantages du pansement ouvert. Au point de vue de la bonne configuration du moignon, il le croit inférieur, et, sans parler des amputations dans la continuité des membres, où il aurait pour effet inévitable de faire reparaître les moignons coniques d'autrefois; pour la désarticulation de la hanche même, il pense que la cicatrice ainsi obtenue doit avoir des inconvénients au point de vue de l'application de la prothèse.

Enfin, en ce qui concerne la septicémie que le pansement ouvert a pour but de prévenir, l'orateur pense qu'en étalant ainsi la surface traumatique, on multiplie les chances d'empoisonnement par l'air infect de l'hôpital dans lequel on opère. Il rappelle les précautions prises par MM. A. Guérin et Lister pour mettre leurs blessés à l'abri de cette intoxication ; il fait observer que M. Verneuil ne s'entoure d'aucune de ces garanties et laisse sa large plaie exposée à l'atmosphère de l'amphithéâtre de la Pitié, pendant un temps bien assez long pour qu'elle puisse en absorber les éléments toxiques.

En résumé, dit l'orateur, si la méthode qui fait rentrer les amputations dans la règle géné-

---

Comment, avec d'aussi précieuses qualités, n'eût-il pas conquis l'estime et l'affection de tous ? Les regrets et la douleur de toute cette population n'en sont-ils pas l'éloquent témoignage ?

Telle fut, Messieurs, la vie de cet homme, qui fut un artiste et un homme de bien.

La médecine perd en lui un de ses plus brillants écrivains ; la population du canton de Brignais regrettera longtemps le praticien habile qui, depuis trente ans, lui prodiguait les soins les plus dévoués.

Puisse cette vie si bien remplie adoucir l'amertume de la séparation ! Puissent les regrets unanimes de toute la population être pour la femme dévouée qui lui a consacré son existence, pour ses enfants qu'il chérissait si tendrement, une consolation dans une si grande douleur !

Au nom des pauvres que tu as secourus,
Au nom des malades que tu as soulagés,
Au nom de tous tes amis : Adieu ! »

Oui, cette âme d'élite était digne de toutes les sympathies. Pauvre et cher Munaret ! tu avais toute la sensibilité et la nervosité de la femme, la naïveté de l'enfant ; tu fus enfant toute ta vie ; l'ardeur au bien, la foi au progrès, tes idées généreuses toujours tournées vers l'amélioration des conditions de tous les êtres de la création, hommes et bêtes, te précipitaient avec enthousiasme vers toutes les tentatives, toutes les aspirations généreuses et morales. Que de déceptions tu as dû éprouver ! Mais tu étais de ces natures incorrigibles, bonnes et douces, qui font le bien par un irrésistible instinct ; arbre poussé sur un bon sol et qui porte ses fruits, comme l'oranger ses oranges.

Au revoir, cher ami ! Que ton âme immortelle parcoure les radieux espaces dont elle est si digne de contempler les splendeurs. — A. L.

rale des opérations, en divisant les tissus couche par couche et en haut les rameaux au fur et à mesure, me semble constituer un progrès, en revanche, le pansement ouvert me fait l'effet d'un pas en arrière.

M. Maurice Perrin partage les opinions de M. Rochard, et ne veut dire que quelques mots sur le point particulier de l'hémostase. La méthode de M. Verneuil consiste dans la substitution du bistouri au couteau, — dans l'absence de toute compression préventive, et dans l'assimilation du membre à enlever, à une tumeur qu'il s'agirait d'extraire.

En théorie, c'est très-bien, et entre les mains très-habiles de M. Verneuil, nul doute que cette manière de procéder ne puisse et ne doive donner d'excellents résultats. Il n'en est pas moins vrai que l'application d'une semblable méthode offre des difficultés sérieuses.

Comment aller rechercher les vaisseaux dans les interstices musculaires, pour en faire la ligature, sans déchirer les muscles et, par conséquent, sans s'exposer à avoir, en fin de compte, une surface traumatique déchiquetée?

Même pour arriver à ce résultat médiocre ou incontestable, il faut des aides intelligents et habitués à ces recherches. Cela n'est pas le fait des chirurgiens d'armée, qui ne font guère d'opération en temps ordinaire, et qui tout d'un coup sont obligés d'en faire des quantités énormes à eux tout seuls, pour ainsi dire, sans aides, ou, du moins, en se servant des premiers individus venus en guise d'aides; on se rappelle ce qui s'est passé, à ce sujet, en 1870.

M. Maurice Perrin croit qu'il vaut mieux revenir aux anciens errements, tout en les modifiant dans la mesure du possible. Quoi de plus pratique que le procédé, vieux comme le monde... chirurgical, de faire au préalable la compression des vaisseaux qui doivent être divisés? Les bandes d'Esmarch, la compression digitale, le garrot, etc., rendent de réels services dans les amputations dans la longueur des membres. Mais ces procédés ne sont pas applicables aux désarticulations, parce qu'alors les vaisseaux viennent de plus haut et échappent à l'action directe des compresseurs.

Dans ces cas, M. Maurice Perrin croit qu'il faut, ainsi qu'il le fait, avoir recours, de préférence, à la méthode ovalaire. Elle permet, en effet, avant de séparer les lambeaux, de faire saisir solidement, par la main d'un aide, les faisceaux musculaires au milieu desquels se trouvent les vaisseaux. Lorsqu'ils sont bien saisis, on peut, sans risquer de perdre du sang, diviser les lambeaux. Quand on n'est pas sûr de son aide, ou quand l'aide lui-même n'est pas sûr de ce qu'il tient, qui empêche de fractionner la masse du lambeau, et de ne diviser successivement que chacune des parties de ce lambeau? On fera ainsi la section en deux ou trois fois; mais, du moins, on sera assuré de la faire sans provoquer d'hémorrhagie, et le lambeau sera aussi régulier d'ailleurs que s'il eût été taillé d'un seul coup.

M. Maurice Perrin cite les résultats de sa pratique à l'appui. Pendant la guerre de 1870-1871, il a pratiqué 8 désarticulations de l'épaule, et 8 fois l'hémostase a été très-satisfaisante; les 3 premiers opérés l'ont été après Sedan, et M. Perrin ne sait pas quel en a été le résultat définitif; les 5 autres, pendant le siége et la Commune, ont été guéris.

Quant à la désarticulation de la hanche, il ne l'a faite qu'une seule fois, sur un officier qui, à la bataille de Champigny, avait eu le fémur brisé au-dessous du grand trochanter. Il survint, le cinquième jour, une hémorrhagie formidable. M. Perrin désarticula la hanche, et le malade succomba.

En somme, M. Perrin n'a voulu que poser quelques réserves aux théories et aux agissements de M. Verneuil.

MM. Trélat, Richet, Legouest et Gosselin prendront la parole dans les séances suivantes, sur le même sujet.

—

M. Laboulbène présente un court rapport sur le prix Civrieux, dont la donnée était : « De l'influence du système nerveux sur la production de la glycosurie. » Les conclusions seront discutées en comité secret.

M. Magne lit un rapport sur le prix fondé par M. Rufz de Lavison.

— A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

JOURNAL DES JOURNAUX

Recherches à faire sur les conditions causales de la dégénérescence crétacée des artères, par M. le professeur Gubler. — La dégénérescence crétacée des artères atteint toutes les classes de la société, mais d'une manière fort inégale, car il existe un contraste entre les riches et les pauvres, les citadins et les campagnards. En haut de l'échelle sociale, les artères peuvent conserver leur souplesse jusqu'aux approches de la vieillesse confirmée, tandis que, dans les

degrès inférieurs, les indurations offrent une singulière précocité, et que l'on constate dans nos hôpitaux l'athérome des artères chez des hommes de 40, 30 et même 20 ans. Sans doute, l'abus de l'alcool est une cause puissante d'athéromasie artérielle, mais il ne faut pas lui faire jouer un rôle souvent exagéré. Du reste, dans les hautes classes de la société l'alcoolisme n'est pas très-rare, et cependant il ne produit pas fatalement l'induration artificielle, et, d'un autre côté, chez certains malades des hôpitaux il est impossible d'attribuer la dégénérescence athéromateuse des artères à l'abus des spiritueux ou à d'autres causes.

Or, l'alimentation différente chez les pauvres et les riches, chez les habitants des campagnes et chez ceux des grandes villes, peut expliquer les faits observés. Les uns se nourrissent de la chair des animaux; leurs légumes favoris, champignons, truffes, asperges, sont eux-mêmes largement pourvus de principes azotés; les autres sont voués aux substances végétales : le pain, les pommes de terre, les choux, les légumes herbacés, font la base de leur alimentation. Or, les viandes et les substances albuminoïdes renferment très-peu de principes minéraux, tandis que les légumes et les fruits en contiennent une proportion considérable (carbonates et phosphates terreux).

La facilité d'incrustation crétacée est en raison inverse de la vitalité des tissus, donc la membrane moyenne des artères, peu irriguée de sang, peu vivante, est particulièrement disposée à subir la dégénérescence athéromateuse. Si donc celle-ci a son origine dans les matières terreuses fournies par le régime herbacé et concurremment par les eaux potables chargées de sels terreux, la maladie sera plus précoce et plus grave dans les régions calcaires, comme dans l'Orléanais, fait confirmé par l'observation de M. le docteur Leblanc; elle sera plus rare et même absente dans les terrains siliceux, dans les régions granitiques et volcaniques, comme au Puy, où M. le docteur Vibert a constaté que l'athérome artériel est une rareté. Enfin, dans les couvents où les religieux sont voués à la claustration et à la nourriture végétale, on a pu remarquer que les moines jeunes, âgés seulement de 32 ans, présentent déjà des artères fortement indurées. (*Société de méd. publ. et d'hygiène professionnelle,* séance du 27 juin, et *Tribune médicale,* n° 465.) — H. H.

NÉCROLOGIE

OBSÈQUES DE M. BOUVIER

Voici le discours prononcé sur sa tombe, par M. le docteur PANAS, président et au nom de la Société de chirurgie :

Messieurs,

Je viens, au nom de la Société de chirurgie de Paris, remplir un triste devoir, celui de rendre un hommage public à la mémoire d'un de nos collègues les plus illustres.

La perte de M. Bouvier nous a été d'autant plus sensible qu'un fatal accident est venu nous le ravir au milieu d'une verte vieillesse, alors que tout semblait lui promettre des jours heureux, au sein d'une famille qui le vénérait et l'adorait.

Qui de nous, Messieurs, a pu s'empêcher d'admirer, il y a peu de jours encore, ce vieillard presque aveugle qui se faisait conduire régulièrement chaque mardi à l'Académie de médecine pour y suivre assidûment les séances? Ce vieillard respectable, d'un abord affable et bienveillant, n'était autre, vous le savez, que M. Bouvier.

Hors d'âge désormais pour produire de nouveaux travaux, il venait puiser dans le sanctuaire de la science, qu'il aimait tant et qu'il avait si brillamment cultivée, des enseignements utiles. Digne exemple à offrir aux générations qui s'élèvent, et dont elles ne sauraient trop profiter.

Naguère encore, M. Bouvier suivait avec la même assiduité, et en y prenant une part active, les séances de la Société de chirurgie, qu'il a contribué à illustrer par ses travaux et par son réel talent d'orateur.

La Société de chirurgie, reconnaissante, l'a nommé son président pour l'année 1858, et lui a conféré plus tard le titre de membre honoraire.

Ce n'est, Messieurs, ni le lieu ni l'heure de vous parler des travaux scientifiques de notre regretté collègue. Ce soin incombe au secrétaire général, qui, lorsque le moment sera venu, saura remplir ce pieux devoir avec tout le talent que nous lui connaissons. Qu'il me suffise de dire ici combien est grande la place que M. Bouvier s'est faite par son talent et par son savoir parmi ses contemporains.

Travailleur infatigable, esprit perspicace, orateur et écrivain distingué, notre collègue pos-

sédait en lui toutes les qualités qui font que son nom restera à jamais gravé dans les fastes de la médecine française contemporaine.

La Société de chirurgie, fière de l'avoir compté parmi les siens, conservera le souvenir ineffaçable de sa mémoire, et, par la voix de son président, lui adresse un dernier adieu.

FORMULAIRE

Lotion sulfureuse.

Sulfure de sodium. . . . . 15 grammes.
Eau distillée. . . . . 150 —

Faites dissoudre.

Une cuillerée à bouche, dans un litre d'eau très-chaude, pour faire des lotions sur la tête des enfants, dans le cas de croûtes de lait, et sur le visage, dans les cas de dartres à forme humide.

Cette solution peut également être employée avec succès contre l'eczéma chronique des narines, et contre le prurit vulvaire. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 29 Novembre 1605.

J'ai vu, en original, le billet suivant :

« Monsieur De La Noue, trouvez-vous jeudy prochain, à deux heures aprez mydy, à mon logis, pour l'examen de Jehanne Boutray, qui désire estre reçeue sage femme. Fait ce 29 de novembre 1605. « Damboyse. »

Jacques Damboyse était fils de Jean Damboyse, fameux chirurgien que cite si souvent Paré. Il abandonna la confrérie de Saint-Côme pour se faire recevoir docteur en la Faculté de médecine de Paris. Ce billet, il le signe en cette qualité de médecin, chargé par l'École d'examiner la femme Boutray, et il l'adresse à Jérôme De La Noue, alors prévôt des chirurgiens. Dans l'examen des sages-femmes, le jury se composait de deux chirurgiens, d'un médecin, et de deux sages-femmes.

Jacques Damboyse mourut le 30 août 1606. — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Ollivier est prorogé dans ses fonctions d'agrégé près la Faculté de médecine de Paris à partir du 1er novembre 1877.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Hirtz, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1877-78, par M. Bernheim, agrégé.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Jacquemaire, préparateur d'astronomie physique à la Faculté des sciences de Lyon, est attaché en qualité de préparateur de physique à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Sont chargés, pendant l'année scolaire 1877-78, des fonctions de chefs des travaux des laboratoires de la Faculté de médecine de Lyon, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Laboratoire d'histoire naturelle, M. Duchamp; — laboratoire d'anatomie pathologique, M. Colrat; — laboratoire d'anatomie, M. Charpy; — laboratoire de physiologie, M. Rebatel; — laboratoire de physique, M. Imbert; — laboratoire de médecine expérimentale, M. Artoing; laboratoire d'histologie, M. Chandelux.

École de pharmacie de Nancy. — M. Guillin (Louis-Charles-Benoît), né à Besançon, le 28 décembre 1854, bachelier ès sciences, est nommé aide-préparateur à l'École supérieure de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Maillot, appelé à d'autres fonctions.

M. Mailliot (Édouard), né à Nancy, le 31 octobre 1853, bachelier ès sciences, est nommé préparateur à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Gérard, démissionnaire.

École de médecine de Rennes. — M. Hamon, docteur en médecine, est chargé, pendant

l'année scolaire 1877-78, des fonctions de chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Bourses de l'État. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et beaux-arts, vu la loi de finances du 29 décembre 1876, et vu les conditions spécifiées par la commission du budget législatif pour l'obtention des bourses, conditions dont la principale est que les bourses seront données au concours, vient de prendre un arrêté dont nous extrayons les articles suivants :

Art. 1er. — Les bourses entretenues par l'État dans les Facultés sont de deux sortes : les bourses de licence; les bourses de docteur ou de pharmacien de 1re classe.

Art. 3. — Les concours ont lieu au siége de la Faculté.

Art. 4. — Les membres du jury sont désignés par le ministre sur la proposition des recteurs et des doyens.

Art. 7. — L'épreuve du concours pour les bourses du doctorat (en médecine) porte sur l'anatomie animale ou végétale.

Il sera accordé aux candidats deux heures de préparation pour les diverses épreuves, sous la surveillance d'un membre du jury désigné par le doyen. La durée de l'épreuve elle-même est d'une demi-heure.

Art. 8. — Peuvent être dispensés des épreuves relatives aux bourses et de doctorat, les auteurs de mémoires originaux approuvés ou couronnés par une des sections de l'Institut.

Art. 9. — Dans les Facultés de médecine et dans les Écoles supérieures de pharmacie, les sujets des concours pour les bourses, subis soit à l'entrée, soit au cours de la scolarité, sont déterminés annuellement par le ministre, sur la proposition des Facultés ou Écoles.

Art. 11. — Les bourses de Facultés sont conférées par le ministre pour un an, sur le vu des propositions de la Faculté et après avis du comité consultatif.

Art. 12. — Du 1er au 15 juillet de chaque année au plus tard, les recteurs transmettent au ministre les rapports des doyens sur chacun des élèves boursiers. Le ministre décide, après avis du comité consultatif, s'il y a lieu de conserver à l'étudiant la jouissance de sa bourse ou de la révoquer.

Art. 13. — ... La durée des bourses de médecine est de quatre ans, celle des bourses de pharmacie est de trois ans. Cette durée ne peut être prolongée qu'en faveur des internes ou externes des hôpitaux ou des lauréats des Facultés et Écoles supérieures.

(*Journal officiel* du 8 novembre.)

— La commission provisoire prévue par l'arrêté susvisé et chargée d'apprécier les titres des candidats aux bourses présentés par les recteurs, après avis des doyens, est constitutée comme il suit :

Pour les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie : MM. Chauffard, inspecteur général pour l'ordre de la médecine; Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Claude Bernard, professeur de la chaire de médecine au Collége de France; Pasteur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Chatin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de pathologie externe :* M. le docteur Berger, agrégé, commencera ce cours lundi prochain, 3 décembre, à une heure, et le continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

— *Cours de pathologie interne :* M. le docteur Dieulafoy, agrégé, commencera ce cours lundi prochain, 3 décembre, à quatre heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 22 novembre 1877, on a constaté 805 décès, savoir :

Fèvre typhoïde, 15 décès; — rougeole, 14; — scarlatine, 0; — variole, 0; — croup, 14; — angine couenneuse, 26; — bronchite, 26; — pneumonie, 53; — diarrhée cholériforme, 9; — choléra-nostras, 0; — dysenterie, 2; — affections puerpérales, 1; — érysipèle, 5; — affections aiguës, 220; — affections chroniques, 352 (dont 145 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 41; — causes accidentelles, 27.

A Londres, du 11 au 17 novembre 1877, on a compté 1,435 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Hôpital Saint-Louis

NOURRICES ET NOURRISSONS SYPHILITIQUES (1)

LEÇONS PROFESSÉES

Par le Dr Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

2° Un second ordre de faits va nous montrer actuellement l'ex-nourrice d'un enfant syphilitique entrant *saine* dans une famille et transmettant néanmoins à son second nourrisson la syphilis qu'elle tient du premier.

Je précise, car les choses sont ici assez complexes, et j'ai à cœur qu'aucune obscurité ne puisse rester dans vos esprits relativement à ce qui va suivre.

Une nourrice commence par allaiter un enfant syphilitique. Pour une raison quelconque, elle est séparée de cet enfant. Elle se présente alors comme nourrice dans une autre famille, où elle est admise après avoir été reconnue saine, absolument saine, par un examen médical des plus attentifs. Quelques jours, quelques semaines plus tard, la syphilis se déclare chez cette femme, qui, naturellement, transmet la syphilis à son second nourrisson.

Voilà le fait.

Or, des cas de ce genre se sont-ils produits? Oui, certes oui. J'en ai observé et relaté déjà plusieurs pour ma part. Et, dans un excellent mémoire que je recommande spécialement à vos lectures, mon savant collègue, le docteur Dron (de Lyon), en a réuni toute une série, dont quelques-uns des plus complets, des mieux étudiés, des plus convaincants.

Tel est le suivant, comme exemple : Une nourrice allaite pendant un mois et demi un enfant syphilitique (lequel, soit dit incidemment, devait infecter plus tard une autre nourrice); elle quitte cet enfant. Quinze jours après — notez bien ce chiffre, je vous prie, — *quinze jours* après, saine et ne présentant sur le sein aucune trace d'excoriations, elle entre comme nourrice dans une autre maison. Quatre jours plus tard, elle commence à offrir sur un sein deux petites lésions, lesquelles persistent et s'accroissent. On consulte alors un médecin, M. le docteur Berne, qui reconnaît dans ces lésions deux chancres syphilitiques, et fait suspendre l'allaite-

(1) Suite et fin. — Voir les nos des 5, 19, 31 mai, 26 juin, 7, 30 août, 4, 22 septembre, 6, 16, 27 octobre et 13 novembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

La Faculté, je le crains, ne me croira pas si je lui dis que c'est un de mes chagrins de journaliste d'avoir à désapprouver quelques-uns de ses actes. Cependant, rien n'est plus vrai. Je ne peux me défendre — et d'ailleurs je ne le tente pas — de sentiments pieux et reconnaissants envers l'École dont j'ai été l'élève, et qui m'a décerné le titre dont je suis le plus fier, celui de docteur de la Faculté de Paris. Quoique, et depuis longtemps, il n'existe plus un seul de mes vieux maîtres, quoique deux et trois générations de professeurs se soient succédé depuis que j'ai reçu le bonnet doctoral, je ne peux passer devant l'élégante colonnade et l'harmonieux péristyle, destinés par Maréchal et Lapeyronie aux Écoles de chirurgie, sans entrer dans cette cour qu'étudiant, et puis docteur, j'ai si souvent mesurée de mes pas, sans monter dans le grand amphithéâtre, m'y asseoir, sans évoquer les ombres chères et illustres des professeurs de mon temps, et sans payer à leur mémoire mon tribut de gratitude et d'affection.

Ce n'est donc pas avec de pareils sentiments dans le cœur que l'on cherche les occasions de blâme et de critique. On les fuirait, au contraire, si les impérieuses exigences du publiciste ne vous rappelaient à l'observance de rigoureux devoirs.

Pourquoi ce préambule? Mon Dieu, précisément parce que j'ai à parler d'un nouvel acte de la Faculté que je ne comprends pas, que je ne m'explique pas, et sur lequel on serait tenté de lui demander des explications, si nos professeurs, comme autrefois les prêtres du temple

ment. Qu'advient-il alors du nourrisson? Pendant un certain temps, rien de suspect ne se produit sur lui. Puis, quinze jours après avoir été séparé de sa nourrice, il présente à la langue et à l'une des commissures labiales deux lésions érosives, qui, examinées par MM. les docteurs Berne et Diday, sont reconnues pour des chancres syphilitiques.

Et de même pour d'autres faits absolument semblables au précédent, offrant tous cette particularité curieuse d'une nourrice qui, entrée *saine* dans une famille, y apporte cependant la syphilis.

Notez-le bien d'ailleurs, Messieurs, de tels faits, pour paraître surprenants et presque invraisemblables, n'ont rien cependant que de normal, de parfaitement régulier. Ils rentrent dans la règle commune, ils sont ce qu'ils doivent être, car ils restent conformes aux grandes lois d'évolution de la diathèse. Ce qu'ils ont ou ce qu'ils paraissent avoir d'insolite, ils le doivent uniquement à l'incubation. Qu'est-ce donc, en effet, que cette nourrice qui, entrant saine dans une famille après avoir allaité un enfant syphilitique, vient à présenter, quelques jours ou quelques semaines plus tard, un chancre mammaire? C'est tout simplement une nourrice qui, infectée par son premier nourrisson, se trouvait *en état d'incubation de syphilis*, au moment où elle a commencé à allaiter son second nourrisson. Bien que saine en apparence à ce moment, elle n'en avait pas moins la syphilis; seulement elle ne l'avait encore qu'à l'état latent. Elle incubait sa diathèse, laquelle s'est révélée par ses phénomènes propres ultérieurement. Or, vous le savez, et c'est là un point sur lequel je me suis longuement étendu dans nos conférences antérieures, l'incubation est pour la syphilis un fait *normal* et *constant*.

Résumons-nous et disons :

1° *A priori*, théoriquement, des contaminations syphilitiques du genre de celles qui viennent de nous occuper peuvent et doivent exister, parce qu'elles n'ont rien que de naturel, d'absolument conforme aux lois générales de la diathèse;

2° *A posteriori*, de par l'expérience, des contaminations de ce genre se sont produites. — Ajoutons même : elles sont loin d'être rares.

Déductions nécessaires :

1° Une nourrice qui vient de quitter un enfant syphilitique est une nourrice *pour le moins suspecte*, à laquelle il serait plus qu'imprudent de confier un nourisson sain;

---

d'Isis, n'avaient bouche close et ne laissaient pénétrer aucune oreille indiscrète dans leurs mystérieuses délibérations.

On sait que notre vénéré et savant confrère, M. Devergie, a demandé et obtenu qu'un enseignement pratique de la médecine légale fût fait à la Morgue. Ce complément à l'instruction médicale des élèves de notre Faculté n'a pas été facile à obtenir. Il a fallu surmonter bien des difficultés administratives, de police, judiciaires et autres, pour arriver aux autorisations nécessaires, et sans l'autorité, le respect et la confiance qu'inspire M. Devergie, la mesure proposée fût restée longtemps à l'état de *desideratum*.

Enfin, toutes difficultés étant aplanies, on demande à la Faculté de désigner la personne à laquelle elle voudrait confier cet enseignement complémentaire. La Faculté a répondu qu'elle ne croyait pas nécessaire d'instituer un *cours complémentaire*, mais que de simples *conférences* suffiraient. Elle a, en même temps, désigné M. le docteur Brouardel comme chargé de ces conférences; choix excellent assurément, M. Brouardel fera d'instructives conférences; mais n'eût-il pas fait aussi de très-bonnes leçons?

La Faculté a eu sans doute ses motifs pour préférer la conférence et rejeter le cours complémentaire. Nous ne demanderions pas mieux de lui donner raison si elle a raison, mais comment pouvons-nous savoir qu'elle a raison? Pourquoi ce majestueux et dédaigneux silence? Alors que tout vit par la publicité, alors qu'hommes et institutions, si élevés soient-ils, soumettent leurs actes à la publicité, pourquoi notre Faculté semble-t-elle prendre plaisir à s'entourer d'ombre et de mystère? Pourquoi s'expose-t-elle ainsi à des interprétations erronées et à des appréciations injustes? Assurément, ce n'est pas un ennemi systématique de la Faculté qui lui tient ce langage. Celui qui écrit ces lignes s'honore de quelques bonnes et précieuses amitiés dans le corps professoral de Paris; s'il y a des ennemis, il n'en sait rien,

2° Avant de permettre à une telle nourrice de prendre un autre nourrisson, il faut que cette nourrice soit tenue en observation pendant un certain temps; — temps dont le minimum ne saurait en aucun cas être abaissé au-dessous d'un mois, et que, par mesure de prudence, il sera bon de fixer à cinq ou six semaines, pour mieux se tenir à l'abri contre tout risque de contagion.

Ces préceptes posés, voyons maintenant comment nous pourrons y conformer notre conduite, pratiquement.

Mandés dans une famille, nous trouvons, d'une part, un enfant syphilitique et, d'autre part, une nourrice saine. Que faire, au point de vue spécial dont nous poursuivons l'étude?

Notre devoir, vis-à-vis de la société, est de prévenir tout risque de contagion pouvant dériver de la nourrice, de cette nourrice qui, saine d'apparence, porte peut-être en puissance un germe de syphilis.

Comment remplir ce devoir? Un seul moyen est à notre disposition. C'est de faire en sorte que, tout en cessant l'allaitement, cette nourrice *reste dans la famille* où nous l'avons trouvée, et cela tout au moins pour un certain temps. De la sorte, en effet, nous l'aurons sous les yeux et nous serons à même de la surveiller comme nous le désirons. De la sorte encore, nous serons bien certains qu'elle n'ira pas semer ailleurs la contagion. — C'est là, je le répète, le moyen et l'unique moyen dont nous disposions pour acquitter envers la société le *devoir de sauvegarde* qu'elle attend de nous.

Rien de mieux et rien de plus simple, théoriquement. Mais moins simple devient l'application, comme vous allez le voir.

Jugez en effet la situation. D'une part, nous disons à la famille que, dans les conditions actuelles, il est impossible de continuer l'allaitement par la nourrice, en raison des dangers provenant de la maladie de l'enfant. Et, d'autre part, voici que nous proposons à cette même famille de garder cette même nourrice dont elle n'a plus que faire! Contradiction choquante, extraordinaire, inexplicable pour les gens du monde, qui ne sont pas au fait des secrets de l'incubation. Eh bien, cette contradiction, c'est affaire à nous, tout d'abord, de l'interpréter, de l'expliquer à nos clients. « Ceci va vous paraître singulier, leur dirons-nous; mais il importe que vous conserviez cette nourrice dont cependant vous n'avez plus besoin. Car, si elle vous quitte, ce sera nécessairement pour entrer dans une

---

si ce n'est qu'il n'a rien fait pour fournir prétexte à des inimitiés. Mais il pense à l'avenir; il voudrait que, dès à présent, la vieille et noble Faculté parisienne fût organisée et fonctionnât de manière à défier toute concurrence officielle ou non. Il connaît les agissements pour la création d'une Faculté de médecine catholique à Paris; il sait bien qu'il y a des difficultés et des obstacles énormes à vaincre, mais il connaît aussi l'habileté, la persévérance et les moyens d'action des fondateurs des Universités catholiques. Ils parviendront à leur but, c'est certain. Eh bien, c'est cette éventualité qu'il faudrait avoir présente à l'esprit, afin que la vieille institution de Fernel, de Guy Patin, de Corvisart et de Laennec conserve sa supériorité.

Et pour cela, il faudrait que notre Faculté pût, dès à présent, faire rafle de toutes les aptitudes professorales qui se manifestent, qu'elle multipliât, au lieu de les restreindre, les cours complémentaires. C'est dans cet ordre d'idées que j'ai vu avec peine qu'on n'ait pas adopté la création d'un cours complémentaire de médecine légale pratique à la Morgue.

On pourra sans doute me répondre : Mais la médecine légale est enseignée à la Faculté, elle est en possession d'une chaire magistrale, son professeur est fameux, puisque c'est M. Tardieu; on n'institue de chaires complémentaires que pour des spécialités qui n'ont pas de chaires magistrales. Or, ce n'est pas le cas pour la médecine légale, donc... etc.

L'argument est sérieux, je le reconnais, et je dirai tout de suite que peu me soucie du mot, que ce soit conférence ou cours complémentaire, si l'on me montre que sous l'une ou sous l'autre dénomination, le but sera atteint, à savoir, que sous la direction d'un professeur ou d'un conférencier, peu importe, un certain nombre d'élèves en médecine seront admis à faire à la Morgue des recherches de médecine légale. Si c'est la même chose, qu'on le dise au moins, et n'en parlons plus.

autre famille; et, au cas possible où elle aurait reçu la syphilis de votre enfant, elle la porterait dans cette autre famille. Qu'adviendrait-il alors? C'est que vous seriez responsables de deux malheurs, au lieu d'un. Vous seriez responsables et de la maladie de la nourrice d'abord, et ensuite de celle qu'elle aurait transmise à son second nourrisson. Donc, il faut à tout prix, pour vous comme pour tout le monde, éviter ce danger, avec les tracas, les scandales et les indemnités pécuniaires qui pourraient suivre. »

Cela compris, votre proposition acceptée en principe (et elle le sera d'autant plus facilement qu'ici l'amour-propre et les intérêts matériels se trouvent en jeu), continuez alors en ces termes : « Si vous m'en croyez, il n'est qu'une issue à la situation qui vous est faite. Proposez à la nourrice de rester avec vous au titre de *nourrice sèche,* c'est-à-dire de bonne d'enfant. Mêmes gages et moins de travail. Elle acceptera. »

Et, en effet, c'est là, je vous en parle par expérience, Messieurs, la clef de la situation. J'ai vu bien des cas de ce genre; j'en ai conservé plus d'une trentaine dans mes notes, et je crois bien en avoir observé le double. Or, presque invariablement, ladite proposition a été fort bien accueillie des nourrices à qui j'ai eu affaire. Toutes — ou bien peu s'en faut — l'ont acceptée de grand cœur. Quelle raison d'ailleurs auraient-elles eue pour refuser?

Admettons cependant qu'une nourrice refuse, pour un motif quelconque. Alors, tout au moins, cherchez et trouvez un prétexte pour obtenir d'elle un *sursis*, avant son départ, soit par exemple un sursis de quatre à cinq semaines. Ce délai vous sera suffisant pour exercer sur elle la surveillance que vous désirez et pour sauvegarder les intérêts que vous tenez à garantir.

En pareil cas, la nourrice met le plus souvent une condition expresse à son consentement, c'est « qu'on lui conservera son lait », comme elle le dit, pour qu'au moment où elle quittera sa place elle soit en état de « faire une autre nourriture ». Conserver le lait à une femme séparée de son nourrisson, cela n'est pas assurément chose facile ni commode. On y parvient néanmoins de diverses façons : soit à l'aide de la téterelle ou de l'allaiteur médiat, soit mieux encore en confiant la succion du sein à un jeune animal. Tout dernièrement je me suis trouvé dans des circonstances de ce genre. Une nourrice, pour laquelle je n'avais que de trop légitimes craintes de contagion, voulait à toute force quitter la famille de son nour-

---

Il n'y a dans tout cela, le voit-on bien, pas plus que dans nos réflexions précédentes, ni passion, ni aigreur, ni malveillance contre la Faculté. Je voudrais enlever tout prétexte à ses détracteurs présents ou futurs.

L'Union Médicale ne se préoccupe pas seulement des intérêts scientifiques, moraux et professionnels du Corps médical de France, elle pense que la famille médicale tout entière a droit à ses préoccupations, et que partout elle a droit de défendre ses intérêts en souffrance. A ce sujet, elle va faire aujourd'hui un petit tour en Belgique.

Nos confrères d'Anvers se plaignent, comme partout, des mauvais payeurs. Que font-ils pour s'en garantir? Ils ont décidé de créer le *Livre Noir,* destiné à recevoir les noms des mauvais payeurs. A cet effet, ils ont délibéré un règlement que je dois faire connaître :

« Art. 1er. — Le *Livre Noir* renferme les noms et domiciles :

1° De tous les clients qui, sans raison spéciale, n'auront pas payé, au 30 novembre de l'année courante, les honoraires pour l'année écoulée; 2° de ceux qui n'auront pas payé les notes arriérées des années antérieures; 3° de ceux qui auraient payé, mais seulement après poursuites, menaces ou autres difficultés, qui seront signalées dans une colonne *ad hoc* du *Livre Noir*.

Art. 2. — Tous les noms portés au *Livre Noir* seront numérotés, et ne sont désignés dans les correspondances que sous le numéro d'ordre assigné à chacun.

Art. 3. — Il est institué une Commission chargée de l'élaboration du *Livre Noir;* elle est composée du président et de deux membres du bureau du Cercle médical, et sera renouvelée tous les ans.

Les membres de cette Commission sont nommés par le bureau, et rééligibles.

risson le jour même où — assez à temps par bonheur — je fis suspendre l'allaitement. Elle avait en vue, disait-elle, une autre place qu'elle entendait bien ne pas perdre. Je ne réussis à la faire patienter qu'à prix d'argent, d'abord, et ensuite en lui promettant ce à quoi elle tenait par dessus tout, à savoir, de lui conserver son lait. Pendant six semaines, je la fis téter par un jeune chien. Au bout de ce temps, elle avait tout son lait, comme auparavant; et, rien de suspect ne s'étant produit sur elle, je la laissai alors partir en toute sécurité, pour elle et pour autrui.

Enfin, — dernière hypothèse, — si, pour un motif quelconque, la nourrice s'obstine à vouloir partir immédiatement, il ne reste plus qu'un parti à prendre. C'est, avec le consentement de la famille (consentement qu'on obtient toujours, en faisant valoir les dangers auxquels exposerait le silence en pareil cas), c'est, dis-je, d'avertir catégoriquement la nourrice de la situation, de lui exposer l'impossibilité où elle se trouve de reprendre un nourrisson, au moins pour un certain temps ; de lui faire comprendre la responsabilité grave qui pèserait sur elle au cas où elle deviendrait l'origine d'une contagion. « Nourrice, lui direz-vous, vous avez couru le risque de prendre la maladie dont l'enfant est affecté, et nous ne savons encore si vous y avez échappé. Pour le savoir, il faut attendre un certain temps. Quant à présent, je vous le déclare, vous n'avez pas le droit de prendre un autre nourrisson. Car si, devenue malade, vous communiquiez votre maladie à cet autre enfant, songez que, prévenue par nous comme vous l'êtes, vous seriez responsable du grave dommage résultant de votre imprudence. Tenez-vous cela pour dit. Donc, je vous le répète une dernière fois, il est indispensable, pour vous comme pour nous, que vous restiez encore ici quelques semaines; après quoi nous vous laisserons partir avec toutes garanties pour vous, pour votre famille, pour votre futur nourrisson. »

Eclairer, avertir la nourrice en pareil cas, est un devoir absolu, impérieux. C'est là un devoir auquel ni la famille ni le médecin ne sauraient se soustraire.

Je viens, Messieurs, de passer en revue devant vous les différentes situations qui s'imposent au médecin, alors qu'il se trouve placé entre un nourrisson syphilitique et une nourrice contagionnée ou non par cet enfant.

Sans doute je n'ai pas tout dit. Sans doute je n'ai pas épuisé la question dans ses moindres détails. Mais je crois l'avoir envisagée sous ses formes principales et vous avoir tracé la ligne de conduite à tenir dans les éventualités les plus com-

---

Art. 4. — Les membres du Cercle s'engagent à fournir chaque année, avant le 1er décembre, la liste de leurs clients restés en défaut, rangée par ordre alphabétique.

Cette liste comprendra tous les clients indistinctement, solvables ou non, avec indication de cette dernière circonstance, s'il y a lieu.

Art. 5. — Dans le courant de novembre, les membres seront avertis, par les soins du bureau, de l'obligation inscrite au § 1er de l'art. 4.

Art. 6. — Les membres qui n'auront pas fourni leur liste à la date indiquée seront passibles d'une amende de 10 fr.

Art. 7. — Une lettre de rappel sera envoyée aux membres spécifiés à l'art. 6. Ceux qui n'auraient pas, avant le 8 décembre, rempli l'engagement stipulé à l'art. 4, payeront une amende d'un franc, pour chaque jour de retard qu'ils mettront à le faire.

Les pénalités auront cours jusqu'au 31 janvier; après cette date, la Commission du *Livre Noir* fera ses propositions au bureau, qui avisera.

Art. 8. — Les amendes seront appliquées par le bureau, sur la proposition de la Commission du *Livre Noir.*

Art. 9. — Les membres qui n'auraient pas de clients en défaut en feront la déclaration écrite, faute de quoi ils seront passibles des amendes comminées aux articles 6 et 7.

Cette déclaration devra être envoyée pour la même date que les listes. Les noms de ces membres seront mentionnés au *Livre Noir*.

Art. 10. — Le bureau proposera à l'assemblée générale le blâme ou l'exclusion du médecin qui contreviendrait à l'art. 9 du règlement, en envoyant une fausse déclaration.

Art. 11. — Le client inscrit au *Livre Noir* ayant payé, le médecin créancier en donnera

munes. Tout au moins, me suis-je efforcé de vous formuler les règles générales auxquelles restent subordonnés les cas particuliers.

Plus d'une fois vous trouverez dans l'exercice de votre art l'application de ce qui précède. Et si le peu que je vous ai dit de ces sujets délicats pouvait vous épargner, au début de votre carrière, un périlleux apprentissage, je serais heureux d'avoir atteint le but que je me suis proposé, et je ne regretterais pas de vous avoir distrait quelque peu de vos études habituelles pour vous conduire sur le chemin de la pratique, et vous initier à certains embarras spéciaux, à certaines difficultés majeures de la profession.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE TRAITÉ PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE (1);

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 juillet 1877,

Par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Telle est l'observation du malade que nous allions opérer, et avant de recourir à l'électrolyse nous l'avions soumis, mais sans résultat appréciable, à un traitement par l'iodure de potassium et à l'application sur la tumeur, pendant plus d'un mois, d'un mélange réfrigérant.

Le diagnostic était ici des plus faciles; nous avions bien affaire à un anévrysme de l'aorte, les symptômes que présentait notre malade ne permettaient à cet égard aucune hésitation, et tous les médecins qui l'avaient examiné avaient affirmé l'existence de la poche anévrysmatique; mais, avant de recourir à l'électro-puncture, il nous fallait étudier exactement le siége de la tumeur, son étendue et son origine. Nous avons donc examiné avec soin notre malade à ce sujet, et nous avons été aidé dans nos recherches par notre collègue M. Constantin Paul, qui applique, comme chacun sait, à la technique des maladies du cœur, des méthodes aussi ingénieuses que précises.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre.

immédiatement connaissance au secrétaire du Cercle, avec indication des circonstances dans lesquelles le payement aura été obtenu.

Le secrétaire fera imprimer au bas de la première communication les numéros à effacer du *Livre Noir*.

Art. 12. — Lorsqu'un client, porté au *Livre Noir*, aura changé de domicile, le médecin créancier en informera le secrétalre du Cercle, dans le plus bref délai. Celui-ci en donnera connaissance à la première communication.

Le relevé général des rectifications de domicile sera distribué deux fois par an, une fois au renouvellement du *Livre Noir*, la seconde fois six mois plus tard.

Art. 13. — Le médecin appelé chez un nouveau client, portant le même nom que l'un de ceux portés au *Livre Noir*, s'informera auprès du médecin créancier s'il n'y a pas identité de personnes.

Art. 14. — Un exemplaire du *Livre Noir* sera envoyé, tous les ans, à chaque membre du Cercle, autant que possible dans la seconde qninzaine de décembre. Des supplément au *Livre Noir* seront fournis selon les besoins.

Art. 15. — Tous les cas non prévus par le règlement seront résolus par le bureau, sur la proposition de la Commission du *Livre Noir*.

Art. 16. — Le présent règlement sera porté au registre des décisions de l'assemblée générale et soumis à la signature de tous les membres du Cercle. »

Je ne sais et je voudrais savoir comment le public anversois, et surtout comment la Presse non médicale ont accueilli ce règlement. Je sais bien quel accueil lui serait réservé en France et j'entends déjà les récriminations du public, je lis d'avance les injurieuses et blessantes critiques de la grande Presse. Aussi faudrait-il — qu'on me permette ce conseil — agir avec

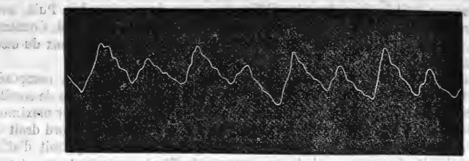


Fig. 1. — Tracé pris sur la tumeur, avec le sphygmographe, dans le quatrième espace intercostal.

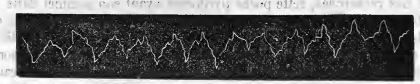


Fig. 2. — Tracé pris sur la tumeur, avec le cardiographe, dans le troisième espace intercostal.

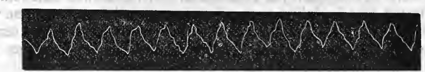


Fig. 3. — Tracé pris sur la tumeur, avec le cardiographe, dans le quatrième espace intercostal.

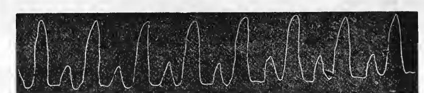


Fig. 4. — Tracé pris avec le cardiographe à la pointe du cœur.

Par le cardiographe et le sphygmographe appliqués sur la tumeur, nous avons

---

autant de prudence que de mesure si, quelque part en France, on voulait imiter l'exemple de nos confrères d'Anvers.

La Belgique paraît jouir de l'aimable institution de la garde nationale. Les médecins, et cela m'a paru toujours fort juste, demandent à être exempts de ce service, à l'égal des prêtres. J'ai une vieille dent contre la garde nationale, qui m'a valu une fois vingt-quatre heures et une autre fois quarante-huit heures d'hôtel des haricots. Et cependant, pour me soustraire à cet odieux harnachement, j'avais bravement écrit sur la porte d'entrée de mon logis ces mots qui devaient faire fuir le sergent-major le plus féroce :

MADAME SIMPLICE

GARDE-MALADE

POSE SANGSUES ET VÉSICATOIRES

Je fus dénoncé par une vieille portière, à qui je n'avais pas donné une assez grosse bûche. Oui, Monsieur mon confrère qui riez, j'ai couché sur la paille humide des cachots!

Dr Simplice.

Nous apprenons la mort de M. le docteur Henry Lawson, professeur de physiologie à l'École de médecine de l'hôpital Sainte-Marie de Londres. M. Lawson a publié un grand nombre de travaux sur la pathologie du système nerveux. Il a dirigé pendant plusieurs années le *Microscopical Journal* et le *Practitioner* en collaboration avec M. Anstie. Il avait en Angleterre la réputation d'un savant habile et consciencieux. (*Gaz. hebdom.*)

obtenu les dessins ci-joints (fig. 1, 2, 3, 4), qui permettent de voir les battements dont la tumeur était le siége dans les différents points de son étendue. Puis, avec un sphygmomètre à colonne liquide fort ingénieusement construit par M. Constantin Paul, nous avons pu constater que les battements de la tumeur et ceux du cœur alternaient entre eux.

L'auscultation, faite avec des stéthoscopes biauriculaires, simples et composés, nous a permis de constater qu'il existait une séparation entre les limites de souffles cardiaques et ceux perçus dans la tumeur; ces derniers présentaient leur maximum d'intensité dans le troisième espace intercostal, à 1 centimètre du bord droit du sternum. La percussion vint compléter ces renseignements et nous permit d'affirmer qu'il existait chez notre malade une tumeur de l'aorte ascendante ayant probablement son point de départ au niveau de sa partie extrapéricardique.

D'après nos recherches, cette poche pyriforme ayant son sommet dans le second espace intercostal et sa base au niveau de la face convexe du foie, qu'elle déprimait un peu, devait occuper le côté droit de l'aorte, s'étendre dans les troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux; elle devait communiquer à l'aorte par un orifice très-proche des valvules sygmoïdes et que nous placions au niveau du troisième espace intercostal, à 1 centimètre du sternum. D'ailleurs, le schéma suivant (fig. 5) reproduit la configuration que nous attribuions à cet anévrysme.

Ce diagnostic se complétait par l'examen du cœur; ce dernier était volumineux, sa pointe battait dans le sixième espace intercostal, en dehors de la ligne verticale abaissée du mamelon (fig. 5, C); de plus, le bruit de souffle au second temps et le tracé du pouls (fig. 6) nous indiquaient que cette augmentation du volume du cœur dépendait d'une insuffisance aortique.

En résumé, nous nous trouvions en présence d'un anévrysme de la première portion de l'aorte ascendante ayant déterminé, ce qui est la règle dans ces cas, une insuffisance aortique.

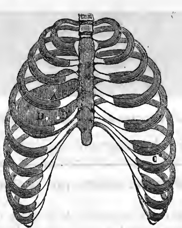
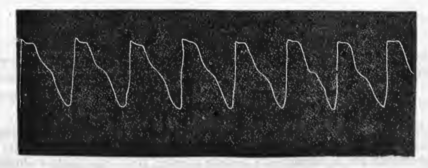


Fig. 5.

Une fois fixé sur l'étendue de la poche, sur sa nature, son siége et son origine, nous pouvions, en nous guidant sur les indications et les contre-indications que Ciniselli a formulées d'une manière si nette dans ses ouvrages, savoir quelles chances nous offrait l'électrolyse.


Fig. 6. — Tracé du pouls du côté gauche.

Les chances de guérison sont d'autant plus grandes, si l'on en croit le savant médecin italien, que l'anévrysme est d'un volume médiocre, qu'il ne fait pas une saillie en dehort du thorax, qu'il est latéral à l'aorte et qu'il n'occupe pas un siége trop rapproché des troncs artériels qui partent de la crosse de ce vaisseau; de plus, si l'homme est jeune vigoureux, s'il ne présente aucune altération appréciable du système artériel, ce seront là encore des chances favorables.

Toutes ces circonstances, nous les trouvons réunies chez notre malade; aussi, après l'avoir examiné pendant plusieurs jours, lui avons-nous proposé de tenter cette cure, sans lui cacher toutefois la gravité de l'opération que nous allions pratiquer. Le malade accueillit notre proposition avec empressement et depuis ce mo-

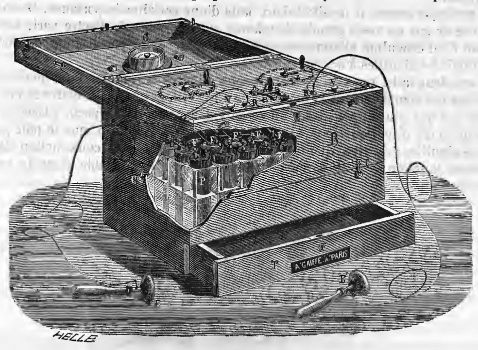


Fig. 7. — Batterie.

ment il n'a cessé de réclamer chaque jour avec insistance pour que l'on employât au plus tôt ce mode de traitement. Nous y étions d'autant plus porté nous-même, que la tumeur, qui était restée stationnaire pendant quelque temps, augmentait de

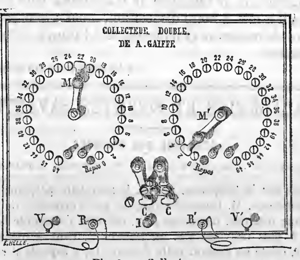


Fig. 8. — Collecteur.

jour en jour, les pulsations devenaient de plus en plus énergiques, et le malade pouvait à peine quitter son lit, tant sa dyspnée et ses souffrances étaient vives.

Mais avant de savoir à quel procédé opératoire nous donnerions la préférence, nous avons voulu nous rendre compte de ce qui se passait dans les solutions albumineuses lorsqu'on leur faisait subir l'action de l'électrolyse, et voici les expé-

riences que nous avons faites. Dans des éprouvettes contenant des solutions albumineuses plus ou moins concentrées, nous faisons passer un courant continu par deux aiguilles à acupuncture, traversant les bouchons qui fermaient les éprouvettes, et qui plongeaient dans les solutions. Voici ce que nous avons alors constaté : dès que l'on ouvrait le courant, on voyait se produire au niveau de l'aiguille négative une mousse blanchâtre, surnageant à la surface du liquide, et constituée par les bulles de gaz déterminés par la décomposition chimique du liquide. Au pôle positif, il se produisait un nuage d'albumine coagulée qui, peu à peu, tombait au fond de l'éprouvette, faisant une traînée jaunâtre que l'on pouvait facilement suivre à l'œil nu.

De ces expériences, il résultait deux faits d'une certaine importance. D'abord la présence de gaz en assez grande abondance au pôle négatif; d'autre part, la production d'un coagulum albumineux très-nettement coloré par l'action du fer qui constituait les aiguilles à acupuncture.

De ces deux faits, nous avons tiré les conséquences suivantes : c'est que nous ne suivrions pas complétement la méthode de Ciniselli, et que, pour éviter la production de gaz qui pouvait constituer un sérieux danger dans une poche placée si près du cœur, nous n'appliquerions, ainsi que l'avait fait Anderson, que le pôle positif sur nos aiguilles; de plus, que nous userions de fer pour la construction de ces dernières, le sel de fer ainsi formé pouvant jouer un rôle favorable dans la coagulation du sang.

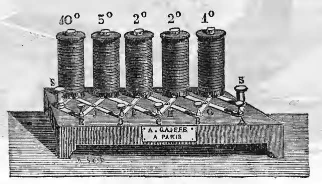


Fig. 9. — Rhéostat.

Après nous être assuré du concours de M. Gaiffe, que nous ne saurions trop remercier de l'obligeance et de l'habileté qu'il a mises à faire fonctionner les appareils électriques qu'il a mis à notre disposition, nous avons pratiqué, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, le 14 juin, à onze heures, l'opération de la manière suivante :

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 novembre 1877. — Présidence de M. Péligot.

A propos d'une note sur le téléphone, que M. le Secrétaire perpétuel mentionne parmi les pièces de la correspondance, M. Dumoncel rappelle que l'invention de cet ingénieux instrument, — de cet organe nouveau, devrait-on dire, qui dote l'humanité de l'acoustique télégraphique, — remonte à plus de vingt ans. M. Dumoncel, dans le deuxième volume de son *Traité de l'électricité,* relate en passant cette découverte, à laquelle il ne croyait pas, et qu'il attribue à un M. V...? — Il est toujours bien d'avouer ses erreurs; mais il serait plus intéressant encore de savoir pourquoi M. Dumoncel, électricien de profession, n'y croyait pas, et comment il se fait que l'idée ne lui soit pas venue d'essayer un appareil si simple et si peu dispendieux; car le merveilleux du téléphone est, en effet, la facilité de sa construction. Une petite boîte, dont un des côtés est formé par une mince plaque métallique que la voix fait vibrer devant un aimant; — un fil conducteur d'une longueur quelconque; — à l'autre extrémité du fil, une petite boîte toute pareille à la première, et dans laquelle le courant déterminé par les

vibrations mêmes de la voix détermine à son tour dans la plaque terminale des vibrations identiques, voilà tout; et deux personnes s'entendent parler d'un pôle à l'autre.

M. Flammarion adresse une nouvelle note sur la distance des étoiles à la terre. L'astronome Struve admettait que les plus brillantes sont les plus rapprochées. Selon M. Flammarion, l'éclat n'est qu'un des éléments de la solution du problème.

M. Dumas, au nom de la commission du passage de Vénus sur le soleil, offre en hommage à l'Académie la première partie, — c'est un gros in-4°, — du tome I[er] des observations auxquelles a donné lieu ce passage.

Puisqu'il est question de Vénus, l'occasion est bonne pour annoncer à nos lecteurs, d'après M. Joseph Vinot, le sympathique professeur d'astronomie et le savant rédacteur du *Journal du Ciel*, que la planète Vénus augmente d'éclat en ce moment de jour en jour, ou plutôt de nuit en nuit. Il est impossible, pour peu que le ciel soit clair du côté du couchant, au-dessus de Paris, de ne pas remarquer cet astre brillant. C'est le premier que l'on aperçoive dès le coucher du soleil. Le soir du samedi 8 décembre prochain, il sera, du reste, très-facile à reconnaître, parce que la lune en sera très-près, à l'ouest. Le mercredi 16 janvier, l'éclat de la planète sera le plus vif; il décroîtra ensuite.

M. Cailletet annonce qu'il est parvenu à liquéfier un des quatre gaz qui, jusqu'ici, avaient résisté à toutes les tentatives essayées pour obtenir ce résultat. Il ne reste plus que l'hydrogène, l'oxygène et le gaz des marais, non encore réduits; le quatrième, le bioxyde d'azote, a été liquéfié sous la pression de 104 atmosphères, à la température de moins 11 degrés. Ce gaz, à la température de 3 degrés au-dessous de zéro, avait résisté à la pression de 270 atmosphères. La différence de température est donc, en ce cas, beaucoup plus importante que la pression, puisqu'une différence de 8 degrés est plus efficace qu'une différence de 166 atmosphères. On peut espérer que les autres gaz que nous venons de nommer ne tarderont pas à être également réduits à l'état liquide.

M. Schlœsing adresse une note relative à la nitrification de la terre végétale, qui serait sous la dépendance d'un ferment spécial. Il en voit la preuve dans ce fait que, si l'on porte la terre végétale à 100°, et si on la soustrait ensuite au contact des poussières atmosphériques, elle ne se nitrifie pas; que, au contraire, si on la mélange avec d'autre terre qui n'a pas été chauffée, la nitrification s'opère de nouveau. Il en conclut que le phénomène de la nitrification ne dépend point de la porosité, comme on le croyait.

M. Dumas dépose sur le bureau, de la part de M. Paul Bert, un volume contenant les mémoires de physiologie qui ont valu à l'auteur le grand prix de l'Académie. Ces mémoires sont surtout relatifs aux effets de la pression ou de la dépression atmosphérique, qui font varier la tension de l'oxygène au sein de l'organisme.

Dans les conclusions générales qui terminent le volume, l'auteur émet cette idée qu'à l'origine de la vie sur notre globe, l'oxygène était plus abondant qu'à présent. Il est donc probable que les premiers êtres ont été des bactéries, qui peuvent exister dans un excès d'oxygène. Il viendra un moment où les seuls êtres qui subsisteront seront ceux qui, en l'absence d'oxygène libre, peuvent emprunter ce gaz aux corps qui ont été organisés, et ce sont les vibrions. Ainsi, la vie aurait commencé sur notre globe par les bactéries, et finirait par les vibrions. « Ces derniers, dit M. Dumas, nous ne les verrons pas »; mais nous les voyons dès à présent. Ce sont eux qui ne nous verront plus.

M. Cl. Bernard, au nom de M. Ranvier, professeur au Collége de France, présente une note sur la distribution, ou mieux, la terminaison des nerfs dans les corpuscules du tact. On croyait, jusqu'à présent, que les nerfs tactiles entraient dans les cellules qui les terminent du côté de la peau, en forme de renflement ou d'intumescence, et que le tact s'exerçait directement sur ces cellules. M. Ranvier pense que cette terminaison n'est pas réelle. En colorant en noir, au moyen de certains sels d'or, les dernières ramifications nerveuses, il a vu que les filets terminaux aboutissent entre deux cellules, mais n'y pénètrent pas. Il n'y a pas de continuité entre les cellules et les nerfs. Les cellules joueraient le rôle d'organes de protection ou de renforcement. C'est à étudier. Pour aujourd'hui, il ne s'agit que d'une question d'anatomie pure, qui peut être formulée ainsi : Les nerfs se terminent par des extrémités libres entre deux cellules, et, par conséquent, on trouve toujours plus de cellules que d'extrémités nerveuses. C'est dans le bec du canard, organe de tact très-sensible, que M. Ranvier a pu mettre à jour cette disposition.

M. Vulpian, au nom de M. Mittaut, dépose une note relative à la mesure de la consistance des organes.

— L'ordre du jour étant épuisé, et personne ne demandant la parole, l'Académie se forme en comité secret à quatre heures vingt minutes. — M. L.

FORMULAIRE

Liniment contre le lumbago. — Bouchard.

Baume de Fioravanti. . . . . 30 grammes.
Chloroforme. . . . . 10 —

Mêlez. — On imbibe une compresse de ce liquide; on l'applique sur la région douloureuse, et par-dessus un linge mouillé d'eau fraîche. Ce pansement sera enlevé au bout de dix minutes au plus tard. — En cas d'échec de ce moyen, on pourra recourir au vésicatoire, aux ventouses scarifiées, à la faradisation des muscles de la région lombaire. — Dans le lumbago chronique, on s'adressera avec avantage aux frictions stimulantes, au massage, aux bains sulfureux et aux douches chaudes. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 1er Décembre 1789.

Guillotin prononce à l'Assemblée nationale un important discours sur la réforme à apporter dans le Code pénal, et sur le mode le plus simple d'appliquer la peine de mort. Il y fait la description d'une *mécanique* propre à abattre rapidement une tête humaine; et pour exprimer énergiquement l'action foudroyante de cette mécanique, il emprunte, pour ainsi dire, à César son *veni, vidi, vici,* et s'écrie : « La méchanique tombe comme la foudre; la tête vole; le sang jaillit; l'homme n'est plus. » — A. Ch.

COURRIER

La rage en Angleterre. — Les cas d'hydrophobie se renouvellent en Angletere dans des proportions inquiétantes. Les journaux anglais relatent tous les jours de nouveaux cas de cette terrible maladie, et leurs colonnes sont remplies de recettes proposées pour la combattre : le curare, les fumigations mercurielles, et même les bains russes.

Tous ces remèdes, il n'est pas besoin de le dire, ont été jusqu'à présent, malgré les assertions de ceux qui les préconisent, absolument impuissants. Quelques personnes, en présence de l'inefficacité des moyens curatifs, voudraient au moins user de moyens préventifs. Suivant leur avis, il faudrait d'abord diminuer le nombre des chiens errants.

Il est difficile de comprendre, dit un correspondant du *Stantard*, comment il se fait que dans la classe pauvre, il y ait si peu de personnes traduites en justice pour n'avoir pas acquitté la taxe des chiens. L'explication a été donnée par un percepteur de l'Excise : « A quoi bon, disait-il, faire prononcer des condamnations contre de pauvres gens qui ne peuvent payer et les retenir en prison, ce qui ne cause que des dépenses sans résultats? » Il est constant que les classes pauvres entretiennent beaucoup plus de chiens que les classes moyennes et qu'elles les laissent errer dans les rues pour y chercher leur nourriture. Une surveillance plus rigoureuse devrait être organisée. Il faudrait exiger que chaque animal portât sur un collier une plaque estampillée constatant le payement de la taxe de l'année, et détruire tous les chiens qui n'auraient pas cette plaque. En trois mois, les deux tiers des chiens errants auraient disparu, et l'on peut espérer que les cas d'hydrophobie diminueraient dans la même proportion.

— L'Académie royale de médecine de Belgique vient de décerner deux récompenses de 500 francs chacune aux mémoires du concours qu'elle avait ouvert sur les tumeurs blanches, mémoires présentés sous la devise, l'un : « *J'ai cherché la vérité;* » l'autre : « *Interrogez les faits et ils vous mettront sur la voie de la vérité.* » (Seutin.)

Aux termes des conditions du concours, *les plis cachetés, attachés aux écrits non couronnés, ne pouvant être ouverts qu'à la demande des auteurs,* l'Académie a dû surseoir à l'ouverture de ceux qui sont annexés aux mémoires prémentionnés.

S'ils acceptent les récompenses qui leur sont décernées, les auteurs sont priés de se faire connaître dans le plus court délai possible, les médailles leur devant être remises dans la séance solennelle d'inauguration du *Palais des Académies,* fixée au 15 décembre prochain.

— M. le docteur H. Picard continuera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, à partir du lundi 3 décembre, les lundis, mercredis et vendredis, au lieu des mardis, jeudis et samedis, à 8 heures du soir, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Mort de M. Barth

Un grand deuil afflige le Corps médical. M. le docteur Barth vient de succomber, à l'âge de 72 ans, à l'affection pernicieuse qu'il était allé contracter, cet automne, dans l'air perfide de Rome, et dont les soins aussi affectueux qu'éclairés de MM. H. Gueneau de Mussy et Henri Roger n'ont pu conjurer la terminaison funeste.

A l'heure où nous recevons cette triste nouvelle, nous n'avons ni le temps ni la liberté d'esprit nécessaires pour retracer cette vie laborieuse, honnête, méritante sous tous les rapports, et qui a rendu de si grands services à la science, à la pratique, à la profession, à l'humanité. C'est bien de M. Barth qu'on a pu dire : *Vir probus, medendi peritus.*

Ses obsèques auront lieu demain mardi, à midi précis, à l'église Saint-Thomas-d'Aquin.

On se réunira à la maison mortuaire, rue de Lille, 46.

CLINIQUE MÉDICALE

NOTE SUR UN CAS D'ANÉVRYSME DE LA CROSSE DE L'AORTE TRAITÉ PAR L'ÉLECTRO-PUNCTURE (1);

Note lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 13 juillet 1877,

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'appareil électrique employé était une pile de Gaiffe de 26 éléments (fig. 7), dont l'action avait été réglée de telle sorte que le courant donnait à son maximum 2 centimètres cubes de gaz en cinq minutes dans l'eau additionnée d'un trentième de son poids d'acide sulfurique du commerce. Des collecteurs (fig. 8) permettaient de ramener la pile à zéro et d'augmenter graduellement le courant jusqu'à son maximun, et un rhéostat nous donnait la possibilité de graduer l'intensité du courant (fig. 9). Des fils excessivement ténus et tournés en spirale faisaient communiquer la pile avec les aiguilles, ce qui donnait à ces dernières toute liberté de

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20 novembre et 1er décembre.

FEUILLETON

L'ASILE DE TAIN

L'épilepsie est pour les médecins un sujet d'infatigables études, mais l'épileptique n'a pas bénéficié de ce zèle scientifique autant qu'en aurait pu l'attendre, et il a encore le droit, comme l'écolier de la fable, de s'écrier : « Eh! mon ami, tire-moi du danger, tu feras après ta harangue. »

La société s'est désintéressée de la pire infirmité qui puisse atteindre un homme : son assistance lui est *prodiguée* d'une main avare et comme à regret. Aucune loi n'est intervenue pour garantir le vivre de malheureux condamnés à la maladie, au désespoir et, pis encore, à la répulsion instinctive qui les poursuit. Quand un d'eux est frappé dans la rue, le passant se hâte de se détourner en disant : C'est un ivrogne. Quand il a commis l'humble délit de recueillir l'aumône de quelques âmes plus charitables, on l'accuse d'être un simulateur. On l'expulse de l'atelier par la crainte de la contagion, on l'exile de la famille par la peur de la notoriété malveillante. L'hôpital lui est fermé, l'asile ne lui est ouvert qu'à porte entrebâillée, à la condition qu'il soit assez fou pour avoir droit à l'internement. On compte à peine des années depuis le jour où son mal, le mal par excellence, l'a sauvé des responsabilités judiciaires.

Dans ce milieu froidement hostile, l'épileptique n'a pas de défenseur officiel, ses tuteurs officieux restent sans ressources pour le secourir, et lui-même est incapable de réveiller à son profit l'intérêt public. Il s'est trouvé des sourds-muets pour fonder des institutions, des aveugles pour organiser un patronage; quel est l'homme qui oserait inscrire sur une maison de refuge : Fondation d'un épileptique à l'usage de ses compagnons d'infortune.

mouvement. Les aiguilles (fig. 10) elles-mêmes étaient protégées dans la moitié supérieure de leur étendue par un vernis protecteur, le temps n'ayant pas permis de les envelopper d'une couche isolante de gutta-percha; elles avaient 65 millimètres de long et six dixièmes de millimètre de diamètre.



Fig. 10. — Aiguille à électro-puncture.

Le pôle négatif était représenté par une très-large plaque recouverte d'une épaisse peau de chevreau que l'on avait eu soin de tremper dans l'eau. Une fois tout disposé, nous avons pris une des aiguilles et l'avons plongée dans le quatrième espace intercostal à 3 centimètres du bord droit du sternum, puis nous avons introduit une seconde aiguille à 1 centimètre plus loin dans le même espace intercostal; enfin une troisième aiguille a été enfoncée dans le troisième espace intercostal à 3 centimètres et demi du bord droit du sternum. Les signes A, D, B, marqués sur le schéma (fig. 5) indiquent d'une manière précise les points où ont pénétré ces aiguilles. Puis, le pôle négatif étant toujours appliqué sur la plaque posée sur la partie latérale et droite du thorax, nous avons fait passer successivement par chaque aiguille le courant positif pendant cinq minutes, en ayant soin de ramener la pile à zéro lorsque nous changions les courants, et d'augmenter graduellement le nombre de piles que nous employions. Après cette première série d'applications, nous avons recommencé de nouveau une seconde application de cinq minutes de durée par chaque aiguille, de telle sorte que, pendant une demi-heure, le courant positif a traversé la tumeur (fig. 11); le malade, pendant tout ce temps, éprouva peu de douleur; seulement, l'aiguille placée dans le troisième espace intercostal produisit, au moment du passage du courant, une sensation douloureuse plus vive et différente de celle qu'il éprouvait lorsque le courant avait passé par les autres aiguilles.

Les aiguilles furent retirées sans difficulté, elles présentaient une oxydation des plus marquées. Le malade fut laissé dans l'immobilité la plus complète et une vessie pleine de glace fut appliquée sur la tumeur.

Quatre heures après l'opération, on sentait déjà une diminution notable dans les battements et le malade éprouvait un grand soulagement. Le lendemain, on cons-

---

L'assistance, et ce n'est pas seulement en France, mais dans tout le monde entier, se prend d'un scrupule intermittent ou durable. Elle installe des services moins humbles encore par le nombre des admissions que par l'organisation matérielle, et même, dans ce semblant de protection, on sent qu'elle s'élève péniblement au-dessus de la réprobation commune. Les salles sont pauvrement meublées, les cours exiguës, tout a été ordonné en vue de la protection, comme si l'épileptique n'inspirait d'autre intérêt que celui de prévenir un danger.

A qui accuse l'administration elle répond, et elle fait bien, en déclarant que ce n'est pas sa faute si tout lui manque, l'appui moral et l'appui de l'argent. Rien ne se fait que sous la pression de l'opinion qui commande, délie les cordons du budget et impose une charité à la hauteur de sa commisération.

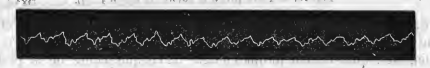
A Paris, l'asile d'aliénés est, grâce à un compromis louable sans réserve, un refuge possible. S'il fallait suivre ces rangs d'inscription sur les registres où la première douleur est de s'inscrire, l'attente n'aurait pas de fin. On force de parti pris la note, et l'épileptique est admis sous l'honnête prétexte d'une aliénation passagère. Convenons que c'est une cruelle chose d'infliger à un homme le programme suivant : Vous n'avez rien à prétendre chez nous. Ah ! si vous étiez fou ce serait autre chose! A ce point que le malheureux prédestiné aux plus redoutables perversions cérébrales a une chance, celle de réaliser le seul espoir réservé par l'avenir : la folie confirmée et durable. Qu'on ne dise pas que je noircis les côtés sombres du tableau. Voilà assez longtemps que j'assiste à cette lutte sans issue de l'épileptique contre la misère et de la société contre l'épileptique, pour parler vrai ; j'y ai dépensé mon meilleur vouloir et je suis encore à trouver un homme administratif qui ait prêté l'oreille à ces revendications.

Nous n'ignorons ni lui ni moi ce qu'il en coûtera, le jour à échéance inconnue, où l'épilep-


Fig. 11.

tatait d'une façon évidente la production d'un caillot au niveau du quatrième espace intercostal, et là où la main, avant l'opération, était vivement soulevée et où l'œil distinguait des battements fort appréciables, c'est à peine si l'on observait des pulsations lointaines et profondes.

Dans le troisième espace intercostal les pulsations, quoique amoindries, se manifestaient encore; les jours qui suivirent l'opération ne firent qu'augmenter l'amélioration déjà constatée. A la date du 10 juillet, le malade ne ressent plus les battements si douloureux qu'il éprouvait autrefois; l'application de la main constate une diminution très-notable dans les battements de la tumeur, et le cardiographe vient compléter ces renseignements en nous montrant dans ces tracés (fig. 12, 13,


Fig. 12. — Tracé pris sur la tumeur, par le cardiographe, dans le troisième espace intercostal.

---

sie constituera un droit au secours social. Nous savons bien qu'il ne s'agit pas d'augmenter de dix les cent lits réservés par chance aux gens atteints d'une maladie inguérissable dont les patients se comptent par milliers. Nous ne méconnaissons pas les difficultés de l'entreprise, quand on est en présence de natures infirmes, passionnées, vicieuses à l'occasion, impatientes de la discipline, aliénés expectants ou déjà demi-aliénés. Si on comptait ainsi, les asiles à l'usage des fous seraient encore à créer.

Qu'on mette de côté les indigents (l'épilepsie n'est pas la maladie des pauvres, elle frappe partout), qu'on transporte la scène au sein d'une famille aisée, la situation est-elle moins attristante? Les parents ont vécu dans l'espoir qu'une aventure d'évolution sauvera le malade. Ils ont mené l'enfant de médecin en médecin, d'abord avec de consolantes illusions; plus tard, et de moins en moins exigeants, ils ne demandent qu'une concession, c'est que le nom d'épilepsie soit détourné. Que l'enfant ait toutes les misères, ils s'y résigneront, sauf l'épilepsie, qui serait une honte ou une humiliation.

A la longue, les circonlocutions s'épuisent; les amis, les serviteurs, moins indulgents que les médecins et les amis, ont prononcé la sentence. Que faire? Comment concilier la surveillance et la liberté? Comment garantir le secret? Par quels procédés ordonner la vie de ce condamné sans le savoir qui n'est même pas préservé par la peur de crises dont il ignore l'existence?

Le médecin consulté hésite, sentant qu'il lui sera impossible de conjurer le péril, même au prix des plus durs sacrifices. Tant que les attaques sont nocturnes on patiente; la première qui éclate dans la rue, au milieu d'un repas, dans une réunion de famille, est plus foudroyante pour les assistants que pour le malade. A partir de ce jour, l'indécision cesse d'être permise, on doit agir et on ne peut pas. Quel est celui de nous qui n'a pas été mêlé de cœur et de fait



Fig. 13. — Tracé pris sur la tumeur, par le cardiographe, dans le quatrième espace intercostal.



Fig. 14. — Tracé du pouls gauche après l'opération.

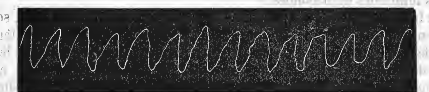


Fig. 15. — Tracé pris à la pointe du cœur.

14 et 15) une notable différence entre l'intensité des pulsations telles qu'elles sont aujourd'hui avec celles que l'on avait obtenues précédemment. Les eschares sèches très-peu étendues, qui s'étaient formées autour de chaque piqûre de la peau, sont tombées.

Tous ces signes nous permettaient d'affirmer que, par l'électrolyse, nous avons

---

à ces tortures intimes? Les demi-mesures, le placement avec des réticences calculées chez un instituteur, l'habitation à la campagne ne sont pas de longue durée : dans chaque milieu les difficultés renaissent, parce que tous les milieux se ressemblent, parce que l'épileptique se heurte partout aux mêmes obstacles.

L'asile d'aliénés n'est qu'une ressource suprême et non moins défaillante que les autres. A un supplice inconscient, on ajoute le supplice conscient d'une cohabitation avec des malades sans parité. C'est comme un avertissement odieux de la destinée dont l'avenir a charge, une sorte de mise en demeure de se préparer à la folie prochaine.

L'indigent réduit au vagabondage accepte à bout de forces le pis-aller; il n'a de choix qu'entre l'asile et la prison. Le malade anxieux qui appelle au secours aspire à n'importe quel mode de sauvetage; mais l'épileptique dont la vie matérielle est libéralement garantie, qui n'a pas eu à oublier des crises dont il n'a pas plus le souvenir que la prévision, ne consent pas. Il proteste, et la désillusion n'est qu'une cruauté inutile puisqu'elle le trouve incrédule.

On comprend qu'en face de tels événements, une rencontre même hasardeuse, une temporisation incertaine soient les bienvenues. Que sera-ce si un refuge sérieux et durable s'ouvre devant de si implacables infortunes!

Il existe en France un établissement libre, un seul à l'usage des épileptiques, à peine connu, comme tant de choses nécessaires, sans publicité, ainsi qu'il convient aux charités honnêtes, et qui mérite le nom dont je l'honore de maison modèle. Je l'ai visité pendant de longues heures, aucune porte ne m'a été fermée, aucun renseignement ne m'a été ménagé, j'ai compulsé les livres et les malades, et je regarde comme un devoir d'en dire le bien que j'en pense. L'éloge est toujours moins aisé que le blâme, tant il semble que l'impartialité soit le privilége de la critique. Je suis heureusement, par situation et par caractère, dégagé de toute

obtenu la coagulation d'une certaine quantité du sang contenu dans la tumeur, et que la couche ainsi formée vient doubler les parois de la poche, mais cette couche est de peu d'étendue; aussi avons-nous décidé de recourir à une nouvelle application de l'électrolyse.

Cette seconde opération eut lieu le mercredi 11 juillet, en présence de MM. Mesnet et Constantin Paul et d'un grand nombre de médecins et d'élèves; cette fois nous avons appliqué les trois aiguilles dans le quatrième espace intercostal, la première à 1 centim. du sternum, et les autres à une distance de 1 centim. l'une de l'autre; le pôle négatif était toujours appliqué sur la partie inférieure du thorax. Le manuel opératoire fut identiquement le même que celui que nous avions suivi précédemment, c'est-à-dire que le courant positif seul fut appliqué pendant deux périodes de cinq minutes à chacune des trois aiguilles, et M. Gaiffe voulut bien encore diriger les appareils électriques. Cette seconde application ne présenta rien d'extraordinaire, si ce n'est que l'on constata que l'application du pôle négatif à la base de la poitrine amenait, par l'action des mouvements respiratoires qui appliquent ce pôle plus ou moins complétement sur la poitrine, des irrégularités dans le passage du courant; aussi conseillerons-nous désormais d'appliquer ce pôle négatif non plus sur la poitrine, mais bien sur une surface toujours immobile, telle que la partie supérieure de la cuisse. Le lendemain, l'amélioration était notable, et l'on ne percevait presque plus de battements dans le quatrième espace intercostal, et cette amélioration se maintint les jours suivants; la douleur avait diminué, et le malade ne ressentait plus cette sensation d'oppressement qui le gênait d'une façon si notable.

Mais, à mesure que cette amélioration se produisait du côté de l'anévrysme, on voyait apparaître les premiers troubles indiquant que le cœur commençait à devenir insuffisant; de l'œdème apparaissait aux extrémités et envahissait peu à peu les membres inférieurs, les bourses et la partie inférieure du tronc; les urines devinrent rares, la région hépatique douloureuse; le foie augmenta de volume, et l'on assista peu à peu à tous les troubles qui accompagnent les affections organiques du cœur. Malgré un traitement approprié (digitale, café, bromure de potassium, diurétiques, drastiques, etc.) ces troubles ne se modifièrent pas; l'œdème et la congestion des différents viscères s'accentuèrent de plus en plus, et le malade succombait, le 27 août, aux progrès de sa maladie du cœur, sans qu'une seule fois l'amélioration constatée du côté de l'anévrysme se fût démentie.

---

réserve : si je recommande, ce n'est pas parce qu'il me plaît de recommander, c'est parce que je suis convaincu que je rends aux médecins un confraternel service.

Les meilleures choses ont souvent d'étranges commencements : une famille considérable du département de la Drôme, la famille de Larnage, était depuis quelque deux cents ans en possession d'un remède infaillible, ou réputé moins faillible que les autres contre l'épilepsie. C'était une croyance pieuse plus garantie malheureusement par la tradition que par l'expérience thérapeutique. Le médicament, d'abord secret, plus tard divulgué, essayé et rejeté par la pratique, n'était autre que le *Gallium album*, récolté à l'Hermitage.

Une certaine solennité, sanction obligée de tous les remèdes populaires, présidait à l'administration du *Gallium* : le suc frais ne s'envoyait pas, il fallait venir le chercher. La distribution gratuite avait lieu, pour tous les malades sans distinction, le jour de la première lune de mai et de septembre, sous les yeux de la famille, avec l'assistance d'un médecin qui donnait aux visiteurs des consultations également gratuites.

Le comte de Larnage, soit qu'il ait espéré mieux assurer les effets du spécifique, soit, et la chose est plus probable, que la fréquentation des épileptiques et le spectacle de leurs misères eussent éveillé sa charité, fonda, en 1857, à la Teppe, à 2 kilomètres de Tain (Drôme), un asile spécial pour les malades atteints d'épilepsie. D'étroite qu'elle était à son début, la maison prit assez vite des proportions plus considérables.

L'asile, après des incidents inutiles à raconter, fut acquis, en 1859, par les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul qui en ont aujourd'hui la propriété et la pleine direction. Il se suffit avec les ressources provenant des pensionnaires et tend de plus en plus à s'accroître.

Situé à une petite distance du Rhône qu'il domine, au voisinage de deux villes commerciales et industrielles, l'asile des épileptiques n'a rien ni de la caserne ni du cloître. On

Voici ce que l'autopsie nous a permis de constater, et l'on peut retrouver les lésions les plus importantes sur la préparation sèche fort habilement faite par notre collègue, M. le docteur Anger, de cette poche anévrysmatique :

Autopsie. — On constate un œdème considérable de toute la partie inférieure du tronc ; l'ouverture des différentes cavités montre du côté de l'abdomen un épanchement notable de sérosité, et une augmentation très-considérable du volume du foie qui présente une congestion très-marquée ; les reins sont augmentés de volumes et congestionnés ; du côté du thorax, on trouve un léger épanchement dans le côté gauche de la poitrine ; à droite, le poumon est très-adhérent à la paroi costale et présente une congestion intense. La dissection de l'aorte et du cœur, faite par sa partie postérieure et en conservant intacte toute la face antérieure du thorax, montre qu'il existe d'abord une hypertrophie considérable du cœur avec dilatation des orifices ; puis, au moment où l'aorte sort du péricarde et sans pouvoir préciser exactement, à cause des adhérences produites, si l'anévrysme est au-dessus ou au-dessous de l'attache du péricarde, on constate qu'il existe dans la première portion ascendante de l'aorte une poche qui occupe le côté droit du sternum, recouvrant les troisième, quatrième et cinquième espaces intercostaux. Cette tumeur est pyriforme, sa base repose sur le diaphragme ; elle présente les dimensions suivantes : elle a, dans son diamètre antéro-postérieur, 0,075 ; le diamètre transversal, à la base, est de 0,105 ; son diamètre transversal, au sommet, est de 0,075 ; sa hauteur est de 0,100. Cette poche, lorsqu'elle est ouverte à sa partie postérieure, montre qu'elle communiqué par un orifice circulaire et régulier, placé au-dessus des valvules sigmoïdes avec l'aorte ; que de plus cette poche n'a de paroi propre qu'à sa partie postérieure, la face antérieure est constituée par la paroi thoracique elle-même ; du sang liquide occupe la tumeur, sauf à la partie antérieure où existe un caillot résistant d'un centimètre d'épaisseur adhérant à la partie antérieure du thorax, et protégeant ainsi les espaces intercostaux et les cartilages qui commencent à subir une altération très-notable. Le poumon droit est adhérent à cette poche et double cette paroi.

L'examen de l'orifice aortique montre qu'il est dilaté et que ses valvules sont complétement insuffisantes. L'examen des nerfs en rapport avec la tumeur n'a pu être fait.

Nous appelons surtout l'attention sur deux points qui résultent de l'examen nécroscopique, celui du diagnostic porté, d'une part, et du résultat thérapeutique, de l'autre. La forme, le siége et l'étendue que nous avions cru devoir donner à cette tumeur ont été complétement confirmés par le résultats de l'autopsie, et rien de plus intéressant que de comparer, soit la pièce sèche, soit le dessin qui a été fait après l'autopsie, avec le schéma que M. le docteur Constantin Paul avait tracé pendant la vie. L'identité est complète, pour ainsi dire mathématique ; aussi peut-

---

y accède librement, et, en entrant dans la vaste cour plantée qui le précède, on éprouve l'impression presque étrange d'un milieu qui semble en désaccord avec sa destination. Tout y est riant, les murs sont garnis de fleurs grimpantes, des berceaux de verdure protégent çà et là contre le soleil du midi, de grands arbres s'élèvent dans un parc bien planté, sans clôtures apparentes. Pas une grille, pas un verrou, pas une muraille de protection ; malades et visiteurs, serviteurs et religieuses, circulent à leur gré, sans que non-seulement la contrainte, mais même la froideur et la discipline, se laissent soupçonner.

Si on pénètre dans l'intérieur du bâtiment, la sensation d'étonnement, je dirai presque de détente, est la même. Les pensionnaires indigents travaillent ou jouent à loisir, l'été sous les treilles, l'hiver dans de larges salles. Les réfectoires, les dortoirs n'ont pas seulement la propreté classique des maisons religieuses, mais on y a introduit par une heureuse inspiration jusqu'aux modestes élégances des habitations privées. J'attache à ces délicatesses une sérieuse importance, elles prouvent la sollicitude attentive des directeurs, et elles entretiennent le malade dans une atmosphère de bonne compagnie dont il subit l'influence. Les salles, les couloirs, les préaux semblent à l'usage de pensionnaires habitués à la vie bourgeoise, et la population se compose de paysans et d'ouvriers devenus respectueux en se voyant si bien traités.

Pas plus en dedans qu'au dehors, il n'existe de trace d'une préservation brutale, pas plus en dedans qu'au dehors, il ne survient d'accidents qui donnent à regretter cette absence calculée de précautions.

Le problème de la vie commune et libre est résolu sans restriction, et Tain fournit un exemple dont on ne saurait trop profiter. Les malades s'accoutument à ne pas compter sur les précautions administratives qui, en fait d'épilepsie, sont un leurre ou un emprunt aux

on dire que, grâce aux moyens d'investigation que nous possédons, nous pouvons, dans certains cas, apporter, dans le diagnostic des anévrysmes internes, une précision des plus complètes.

Le second point, c'est-à-dire le résultat thérapeutique obtenu, vient aussi confirmer nos prévisions qui nous portaient à croire que la diminution si notable des battements de la tumeur dépendait d'un caillot formé par l'électrolyse ; ce caillot, nous l'avons trouvé à l'autopsie, et nous avons vu qu'il doublait la paroi antérieure de la poche au niveau des espaces intercostaux, empêchant ainsi les progrès ultérieurs de la tumeur et s'opposant à la destruction déjà commencée des cartilages et des côtes. Mais ce caillot adhérent était peu considérable, surtout lorsqu'on le compare à l'étendue de la poche anévrysmatique, et l'on peut même se demander si, dans des tumeurs aussi considérables, l'électrolyse peut amener la coagulation complète de tout le sang qui y est contenu. Nous pensons que, dans l'immense majorité des cas, l'électrolyse ne peut former que des caillots plus ou moins épais doublant et fortifiant les parois de l'anévrysme, sans jamais en obtenir la guérison complète, et, à cet égard, nous pouvons invoquer les résultats de Ciniselli, qui n'a jamais obtenu de guérison complète, mais seulement des améliorations plus ou moins durables.

C'est ce que l'électrolyse donnera dans la majorité des cas, et ce résultat n'est pas à dédaigner. En effet, si nous prenons pour exemple notre malade, nous voyons que si la maladie du cœur déterminée par l'insuffisance aortique n'avait pas entraîné la mort du sujet, nous eussions obtenu, par ce moyen, une paroi protectrice empêchant les progrès ultérieurs de la maladie. Nous pensons donc que toutes les fois que l'on aura à craindre soit la rupture de la poche anévrysmatique, soit la compression et la destruction d'organes importants, lorsque surtout le malade n'aura pas d'autre altération du cœur ou des gros vaisseaux, et lorsque la poche ne sera pas trop considérable, on pourra et on devra recourir à l'emploi de l'électrolyse, méthode relativement facile, et qui ne s'accompagne pas d'accidents graves.

Aussi sommes-nous disposé à admettre les conclusions suivantes : 1° l'électrolyse est un mode rationnel de traitement des anévrysmes de l'aorte; 2° on doit recourir à cette méthode lorsque les autres moyens locaux et généraux n'ont donné aucun résultat appréciable; 3° appliqué avec toutes les précautions nécessaires, et en suivant les indications et contre-indications formulées par Ciniselli, cette méthode ne s'est jamais accompagnée d'accidents graves immédiats; 4° l'élec-

---

cachots des condamnés. Ils deviennent solidaires les uns des autres par un instinct inconscient et sans qu'on songe même à le leur recommander. J'ai vu une crise de grand mal survenir dans un ouvroir; on eût dit que tous les malades avaient leur rôle assigné d'avance, tant le secours était instantané, correct, sans hésitation comme sans précipitation. L'imprévu terrifiant de l'épilepsie semblait disparaître, grâce à la prévenance toujours aux aguets de l'assistance.

Les quartiers des pensionnaires ne sont ni moins habilement ni moins heureusement agencés. A mesure que le prix de la pension augmente, le confortable s'accroît, et, pour la première classe, l'élégance touche presque au luxe.

La population totale de l'asile de Tain se compose, en moyenne, de 200 malades, dont 120 femmes et 80 hommes. 26 sœurs de la congrégation de Saint-Vincent de Paul président aux divers services, 30 serviteurs ou ouvriers, dont quelques-uns épileptiques, sont attachés à la maison.

L'établissement couvre laborieusement ses dépenses par ses revenus, à la condition de pourvoir lui-même à presque tous les besoins de ses administrés. Le potager, la buanderie, la lingerie, l'élève de quelque bétail, la culture de quelques terres, la réparation et l'entretien courant des bâtiments, rien n'est délégué à des étrangers. On dirait un château doublé d'une ferme amplement et savamment entretenue.

L'administration du personnel et du domaine passe aussi inaperçue que la surveillance : quelques livres comptables tenus correctement par une sœur, la correspondance assez étendue dont se chargent la sœur assistante ou la supérieure, représentent toutes les écritures. Nos habitudes bureaucratiques se trouveraient à l'étroit dans le petit bureau où s'élabore le travail administratif.

tropuncture a donné, jusqu'alors, dans près des deux tiers des cas d'anévrysme de l'aorte, des améliorations notables.

DIAGNOSTIC

ÉVOLUTION DIFFICILE D'UNE DENT DE SAGESSE ; ABCÈS PÉRI-MAXILLAIRES ET DU LOBE SPHÉNOIDAL GAUCHE (1).

A Monsieur le docteur Gellé.

Montbéliard, le 14 novembre 1877.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je regrette que la rédaction de mon observation (évolution difficile d'une dent de sagesse), n'ait pas présenté la plus grande netteté possible. J'ai voulu être concis, et je crains d'être devenu obscur.

En tête du résumé de l'autopsie, j'ai écrit : « *Les lésions seules sont mentionnées.* » Si, très-honoré confrère, il n'y est pas question de l'oreille, ne concluez pas que nous l'ayons oubliée dans nos recherches. La transmission des inflammations auriculaires au cerveau est classique, et un organe aussi important ne pouvait être laissé de côté dans une autopsie, à moins de légèreté impardonnable. Si nous ne nous sommes pas adressés, mes confrères et moi, en premier lieu à la caisse du tympan, c'est que nous avons voulu nous assurer tout d'abord du siége et de la nature de la lésion cérébrale présumée, afin de prendre celle-ci comme guide dans nos recherches ultérieures.

Je crois qu'il m'est nécessaires de donner ici quelques détails supplémentaires que je jugeais inutiles au moment où j'ai rédigé l'observation.

Sauf l'abcès central du lobe sphénoïdal et le ramollissement du nerf oculo-moteur externe, l'encéphale et les nerfs qui en émanent, étaient parfaitement sains. Les méninges ne présentaient aucune trace d'inflammation. Aucune gouttelette de pus n'existait dans la cavité crânienne. Ni le trijumeau, ni le facial, ni le nerf acoustique, n'étaient englobés dans du pus sorti par le méat auditif interne. Ni le rocher, ni l'oreille en général, n'offraient trace d'otite. Le tympan avait son aspect habituel; la paroi supérieure de la cavité tympanique, le *tegmen tympanic*, examiné avec un grand soin, en raison de l'otite externe notée le 9 avril, ne présentaient aucune lésion.

Vous le voyez, très-honoré confrère, nous sommes loin de la supposition que vous avez émise. De toutes les lésions auriculaires à la possibilité desquelles vous croyez, une seule a réellement existé : une *otite externe*, ayant débuté le 9 avril au matin, c'est-à-dire soixante-

(1) Voir les numéros des 20, 23 octobre et 6 novembre 1877.

Les pensionnaires sont partagés en cinq classes. Sauf la première, qui compte 16 malades, le prix de pension varie entre rien et 1,500 francs. Les malades payants de la cinquième classe (35 hommes et 60 femmes) sont admis au prix annuel de 500 francs. La nourriture est saine, très-abondante, et même le dimanche elle comporte une façon de recherche.

L'esprit libéral qui a présidé à toute cette excellente organisation ne s'arrête pas au seuil de l'asile. La liberté, sans contrainte apparente, se continue au delà des grilles.

Les malades sortent avec leurs parents ou leurs amis. S'ils sont rarement visités, et, comme dans toutes les agglomérations de malades, c'est le cas le plus commun, ils sortent deux à deux, se surveillant l'un l'autre, et si intéressés à ne pas abuser, que la punition est à peu près inconnue. On les rencontre sur les routes, au bord du Rhône, dans les promenades qui avoisinent l'établissement et même dans la ville.

Peu à peu, à force de voir combien était irréprochable et simple la tenue de la maison, les habitants des environs se sont habitués à ne plus craindre. Il est ainsi en France une petite contrée où les épileptiques n'inspirent ni antipathie, ni appréhension, où ils circulent sans que les mères qui les connaissent détournent les enfants de leur chemin, sans que l'attaque leur soit imputée comme une faute.

Les médecins, et je sais combien ils sont peu nombreux, qui ont visité l'établissement, reconnaîtront que je n'ai été que sincère. Ceux qui liront cette note peuvent me croire, n'ayant témoigné que de ce que j'ai vu.

Que la maison de Tain soit un encouragement pour les corporations qui se voueraient à fonder de semblables asiles, et une leçon pour les administrateurs qui déclarent insoluble un problème si dignement résolu par des femmes.

Ch. Lasègue.

cinq jours environ après le commencement de la maladie. Trois jours après, l'écoulement purulent avait complétement disparu ; j'ai oublié de consigner dans l'observation que le tympan n'était pas perforé.

Je devrais m'en tenir à l'énoncé de ces faits, Monsieur et très-honoré confrère. Je n'ai d'autre intention que celle de compléter une relation d'autopsie trop écourtée, je le reconnais. Je ne voudrais pas entamer une discussion avec vous, mais il m'est difficile de ne pas risquer une observation.

Les névralgies du début, les vertiges, les douleurs atroces, les vomissements, constituent, comme vous le faites judicieusement remarquer, une partie de la symptomatologie des affections auriculaires avec retentissement sur le labyrinthe. Mais, en même temps qu'eux, n'ai-je pas signalé le ralentissement et l'intermittence du pouls, la diplopie, le strabisme, le blépharospasme (et non la paralysie faciale) qui, associés aux symptômes relevés par vous, forment un tableau assez complet de l'encéphalite limitée, ou tout au moins d'une affection cérébrale. Nous n'avons jamais remarqué, ni mes confrères ni moi, de la surdité ou des bourdonnements d'oreille, phénomène sur lesquels notre malade, fort intelligente, n'aurait manqué d'attirer notre attention. Rien ne nous engageait donc à voir la cause première du mal, ou plutôt le trait d'union cherché, dans l'oreille plutôt que dans l'orbite.

En prenant l'ensemble des symptômes, au lieu d'en choisir quelques-uns, on arrive fatalement à l'idée qu'une affection grave du cerveau a existé, sinon d'emblée, au moins très-peu de temps après l'éclosion des premiers signes du mal, et, en tout cas, longtemps avant l'otite externe notée le 9 avril. Quel a été le rôle de celle-ci? Les théories, si contestées du reste, d'Itard et de Bertin, au sujet des rapports qui peuvent exister entre l'encéphalite primitive et l'otite purulente interne consécutive, seraient-elles vraies dans un cas où l'oreille externe est seule en jeu ? Ce sont des questions que je me pose, mais auxquelles je ne saurais répondre.

Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré confrère, etc. Fréd. Tueffer.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DU DIABÈTE. *Diabète sucré, diabète insipide,* par M. le docteur Lecorché, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Paris, G. Masson, 1877. In-8° de 700 pages.

En présentant à l'Académie des sciences le *Traité du diabète* par M. le docteur Lecorché, M. Vulpian a dit que de semblables travaux faisaient le plus grand honneur à l'école de Paris. Que puis-je dire de mieux, et qu'ajouterais-je qui ne risquât d'affaiblir un éloge si juste et si mérité ? Rien certainement. Mais, enfin, il est d'usage que le journaliste qui signale un livre nouveau à l'attention du lecteur lui fasse part, en même temps, de quelques-unes des réflexions qui lui ont été suggérées par l'examen de ce livre, et je me conforme à l'usage simplement.

Pour le gros des praticiens, le diabète est constitué par la présence du sucre dans l'urine. Quand un malade se présente, accusant certains symptômes, on examine, ou, plutôt, on fait examiner ses urines par le pharmacien. Si l'analyse décèle la moindre quantité de sucre, on pose le diagnostic : diabète, et l'on agit en conséquence. C'est d'une exécution un peu sommaire. Avec M. le docteur Lecorché, les choses ne vont pas de cette allure, et il faut y regarder plus longtemps et de plus près. D'abord il nous apprend que Brucke, en 1858, a trouvé du sucre dans l'urine des adultes à l'état physiologique, et que Pollack en a trouvé également dans l'urine des enfants à la mamelle, bien portants.

Si l'on en trouve dans l'urine, il doit y en avoir aussi dans le sang à l'état physiologique, et c'est, en effet, ce que mirent en lumière Bock et Hoffmann, qui annoncèrent, en 1874, que chez des individus sains ou atteints de maladies diverses, le sang contenait de 0,1 à 0,04 p. 100 de sucre. Ils en conclurent assez légitimemenl, semble-t-il, que le sucre forme un des éléments normaux du sang.

Sans doute les quantités de sucre physiologique contenues dans le sang ou dans l'urine sont fort minimes, mais, enfin, elles existent, et l'on conçoit qu'elles puissent, sous des influences variées, augmenter d'une façon passagère, sans, pour cela, que la terrible maladie du diabète soit déclarée. Il ne s'agit, dans ces cas, que de la glycosurie, et, dit M. le docteur Lecorché, nous sommes tous plus ou moins glycosuriques. Il est même assez difficile de préciser où commence la glycosurie pathologique et où cesse la glycosurie physiologique. Cependant, il est permis de dire qu'il y a glycosurie morbide toutes les fois qu'on peut aisément, à l'aide des réactifs ordinaires, constater la présence du sucre dans l'urine, et on le peut lorsque l'urine contient au moins 0,50 de sucre par 1,000 centim. cubes. Ce résultat est produit par

des causes multiples. Ainsi, par l'ingestion des féculents en excès : « On comprend, dit l'auteur, qu'il doive en être ainsi puisque la production glycogénique du foie ne peut dépasser un certain chiffre. Que la quantité de fécule ingérée soit exagérée, une partie passera dans le sang, sans subir la transformation nécessaire à sa combustion, c'est-à-dire à l'état de sucre de fécule, et la glycosurie apparaîtra nécessairement. On l'a vue survenir à la suite de l'usage abusif des fruits, et Cl. Bernard dit qu'on peut la faire naître à volonté, en prenant à jeun une grande quantité de sirop. C'est cette variété de glycosurie qu'on observe chez les gros mangeurs, surtout chez ceux qui abusent des féculents. C'est à l'abus des féculents qu'il faut rapporter aussi la glycosurie qui se montre dans certains pays, en Thuringe, par exemple. C'est à la même cause qu'est probablement due la glycosurie qui se produirait dans certains ordres religieux. Elle se montre également chez les personnes obèses; elle est fréquente chez les alcooliques. Elle peut être la conséquence d'un trouble sécrétoire, d'émotions ou de refroidissement. Elle apparaît quelquefois pendant la grossesse et la lactation. Mais c'est dans le cours des maladies aiguës locales ou générales qu'elle se montre le plus souvent; et l'on doit dire qu'il en est peu qui ne puissent, à un moment donné de leur évolution, provoquer la glycosurie. On l'observe aussi dans quelques maladies chroniques, dans la tuberculose, dont la phthisie pulmonaire n'est qu'une manifestation; dans l'herpétisme et la syphilis. Mais c'est surtout dans la goutte qu'elle apparaît pendant de longues années, d'une manière intermittente, préludant ainsi à l'apparition du diabète vrai.

On la voit, enfin, se manifester dans l'asphyxie, quelle qu'en soit la cause. Pour quelques auteurs ce serait même par l'intermédiaire de l'asphyxie qu'elles provoquent, que la généralité des maladies arriveraient à produire la glycosurie. Et c'est ce qui explique pourquoi elle affecte si fréquemment les vieillards emphysémateux.

Nous venons d'écrire les mots de *diabète vrai.* On a vu, par ce qui précède, que la présence du sucre dans l'urine, à elle seule, ne permet pas d'affirmer l'existence du diabète.

La glycosurie simple est presque toujours consécutive à d'autres états morbides, tandis que le diabète est primitif. Les troubles fonctionnels, si communs dans le diabète, la faim, la soif et la polyurie, font défaut dans la glycosurie. Dans cette dernière, on ne trouve jamais d'urée en excès dans l'urine, et c'est là le caractère essentiellement distinctif entre les deux affections. On ne rencontre jamais non plus dans la glycosurie une augmentation des sulfates ou des phosphates. Tout porte à croire que, chez le glycosurique, le sucre ne se montre dans l'urine que par suite d'une épargne dans la combustion quotidienne du sucre, nécessaire aux besoins de l'économie. Cette quantité est toujours peu considérable. Elle varie de quelques centigrammes à quelques grammes pour 1,000 centimètres cubes. Chez le diabétique, au contraire, qui élimine environ 200 grammes de sucre par jour, on est en droit d'affirmer que le malade en fabrique plus qu'à l'état physiologique.

C'est donc à la théorie de l'hypersécrétion que se rallie M. le docteur Lecorché; on sait que, pour expliquer la présence du sucre en excès dans le sang, deux théories sont en présence qui, toutes deux, sont soutenues par des physiologistes autorisés. Ce sont les théories de Cl. Bernard et de Voit; la théorie française et la théorie allemande. Pour Cl. Bernard, dans le diabète, la combustion peut être normale, exagérée même; mais elle est insuffisante par suite d'une production trop considérable du sucre. Pour Voit, la production du sucre peut ne pas être exagérée, mais la combustion est moindre qu'à l'état physiologique. Le sucre alors s'accumule dans le sang. La proportion en dépasse bientôt la limite physiologique et produit ainsi fatalement la glycosurie. Pour Cl. Bernard, la glycosurie est due à une hypersécrétion glycogénique. Pour Voit, elle est le fait d'une combustion incomplète. De ces deux théories, l'une est la théorie de l'hypersécrétion; l'autre est la théorie de l'épargne.

De ce que nous avons rapporté plus haut, il résulte que les deux théories sont probablement vraies. Seulement, l'une, celle de Voit, s'applique à la glycosurie simple; et l'autre, celle de Cl. Bernard rend compte du diabète proprement dit.

Indépendamment du diabète et de la glycosurie, le livre de M. le docteur Lecorché traite du diabète insipide, qu'il distigue en azoturie et en polyurie. Ces quatre parties témoignent, à un égal titre, de la haute compétence et de la prodigieuse érudition de l'auteur. Tous les travaux qui ont, avec le sujet, un rapport plus ou moins direct ont été consultés et classés par M. le docteur Lecorché. Pas un nom propre n'est cité au cours de l'ouvrage, sans qu'une annotation n'indique en même temps le titre de l'ouvrage visé et la date de sa publication. Je ne crois pas qu'il existe de bibliographie plus complète sur la question.

S'il m'était permis d'exprimer quelques désidérata, ils ne porteraient ni sur l'esprit ni sur la valeur intrinsèque du livre, mais simplement sur ce qu'on appelle la mise en pages. J'y voudrai des divisions plus multipliées et mieux annoncées; davantage de chapitres avec des titres distincts, chaque chapitre étant terminé par un résumé succinct ou des conclusions sommaires. Je désirerais aussi des définitions pour chaque état pathologique

étudié à part, ces définitions ne fussent-elles qu'étymologiques. Toutes choses qui ne concernent que la commodité du lecteur. En somme, il n'est pas possible, je crois, de trouver un livre fait avec plus de soin, plus de conscience, et qui soit rempli d'une science plus judicieuse et de meilleur aloi. L'analyse que j'en viens d'essayer est bien insuffisante et bien imparfaite sans doute. Mais, quoi! pour donner une idée juste d'un ouvrage aussi serré, aussi plein de choses que celui-ci, il faudrait un volume, et même un volume de 700 pages. Par bonheur, il existe, et c'est précisément celui de M. le docteur Lecorché, que je recommande avec toute assurance aux lecteurs. — M. L.

FORMULAIRE

Poudre contre la constipation.

Feuilles de séné pulv.	4 gr. 50 centigr.
Semences de fenouil pulv.	20 grammes.
Soufre sublimé et lavé	2 gr. 25 centigr.
Racine de réglisse pulv.	25 grammes.
Sucre pulvérisé.	90 —

Mêlez. — Une cuillerée à bouche, le soir, dans une demi-tasse d'infusion aromatique, aux personnes qui éprouvent une constipation habituelle due à l'atonie de l'intestin. — Demi-lavements d'eau fraîche, ou d'infusion de camomille, si l'intestin est distendu par des gaz. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 4 Décembre 1798.

Galvani meurt à Bologne, âgé de 61 ans. Les numismates décrivent trois médailles qui ont été frappées en l'honneur de l'heureux auteur de la découverte du galvanisme. Une d'elles est une ectype en fer, bien faite, de 6 centimètres 3/4.

Face. Le buste, sous lequel : T. MERCANDETTI. F. R. (*Fecit Romæ*). Inscr. : ALOYSIUS GALVANUS.

Revers. Un génie, assis sur un cube couronné, approche une pile galvanique de l'extrémité inférieure et postérieure d'une grenouille étendue sur une table. Inscr. : MORS MIHI VITA. Exergue : SPIRITUS INTUS ALIT. — A. Ch.

COURRIER

Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. — Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er avril 1878, dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Le lundi 14 janvier 1878, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de *onze heures à trois heures.* Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 10 décembre 1877 et fermé le samedi 29 décembre 1877, *à trois heures.*

École de médecine de Clermont-Ferrand. — Voici les résultats des différents concours qui ont eu lieu à l'École de Clermont-Ferrand :

Élèves en médecine. — Première année : 1er prix, M. Delanef; 2e prix, M. Ducroelet. — Deuxième année : 1er prix, M. Dauge; 2e prix, M. Manissolle. — Troisième année : MM. Imbert et Heulz.

Élèves en pharmacie. — Travaux pratiques : 1er prix, M. Girard ; 2e prix : M. Bourdier. — Prix de laboratoire : Première année, M. Lamotte; deuxième année, M. Passelaigue. — Prix des hospices, MM. Heulz et Imbert.

Prix Fleury, accordé à l'élève qui a recueilli le plus grand nombre d'observations pendant l'année scolaire, M. Deschamps. — Mention honorable, M. Dauge.

Le pendule. — On connaît l'expérience faite, en 1860, au Panthéon, sur le pendule, par le savant physicien Léon Foucault. Un énorme globe métallique ou gyroscope, qui pendait d'un fil de fer attaché au sommet de la voûte, démontrait que les mouvements d'oscillation

d'une masse pesante, librement suspendue dans l'espace à l'extrémité d'un fil sans torsion, demeurent indépendants de la rotation de la terre.

Le pendule se balançait avec une lenteur extrême à cause de la longueur du fil, et, au bout de chaque va-et-vient, une pointe saillante au-dessous du globe écornait un petit mur de sable destiné à rendre ainsi plus saisissant le déplacement d'oscillation.

Il est question, d'après les *Débats*, de renouveler cette expérience à l'Exposition universelle de 1878. Elle sera exécutée avec de nouveaux perfectionnements, de manière à frapper la masse des visiteurs.

Le pendule, pesant 300 kilogrammes environ, oscillerait au bout d'un fil de fer de 65 à 70 mètres de long. Ainsi qu'on le voit, il faudra une construction spéciale pour loger l'appareil. Le pendule, en oscillant, doit déplacer avec lui une sorte de gouttière qui restera, comme le pendule lui-même, fixe dans l'espace, par rapport aux constellations du ciel.

Au-dessous du pendule serait disposé un immense globe terrestre de 25 à 30 mètres de diamètre. Ce globe, reposant sur le sol, suivra nécessairement avec les spectateurs le mouvement de la terre. La gouttière, au contraire, portée par un pivot à l'extrémité de l'axe et tournant avec le pendule, entraînera de grandes aiguilles qui sembleront se déplacer comme elle.

Le globe qui représentera la terre ayant un volume considérable, le mouvement de ces aiguilles sera visible; il rendra tangible en quelque sorte aux moins attentifs la rotation de notre planète sur son axe.

Cette merveille scientifique est destinée à initier le public à la solution des problèmes astronomiques.

L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LA COLOMBIE (Amérique du Sud). — Nous empruntons au dernier numéro du *Bulletin de la Société protectrice de l'enfance*, les fragments suivants d'une lettre d'un médecin de la Colombie :

« La profession de nourrice n'existe pas ici. Toutes les femmes, les riches comme les pauvres, ont l'habitude de donner le sein à leurs enfants, jusqu'à l'apparition des simptômes d'une nouvelle grossesse, ce qui arrive ordinairement au neuvième mois. En sorte que chaque enfant est de dix-huit mois plus âgé que celui qui vient après. Il y a pourtant beaucoup de femmes qui accouchent tous les onze mois d'enfants qui se portent bien. L'allaitement ne s'oppose nullement à la procréation. Chaque mariage produit ici (État d'Antioquia, dans la Colombie) ordinairement 10, 12, 15 enfants. Il y a une dame qui a eu 34 enfants qui vivent (elle avait eu quelques accouchements de jumeaux). Ses descendants, jusqu'aux arrière-petits-fils, forment un gros chiffre (un de ceux-là étudie en ce moment la médecine à Paris). Je connais aussi un homme qui s'est marié trois fois. Il compte déjà 51 enfants, et comme sa femme actuelle est encore jeune, il pourra peut-être arriver à 60 enfants.

« On doit remarquer que les femmes d'ici se marient de bonne heure, à 13, 14, 16 ans. Elles ont la première menstruation à 13 ou 14 ans.

« Je suis certain que le genre de nourriture n'est pas sans influence sur la fécondité proverbiale de nos femmes. Le maïs en forme la base, et j'ai remarqué l'influence de ce grain sur la ponte des poules et sur les cochons femelles.

« Voilà, cher confrère, tout ce que je trouve utile de vos communiquer.

« Dr André POSADA-ARANGO. »

ERRATUM. — Par suite d'un faux renseignement, nous avons mal indiqué l'ouverture et les jours des cours de M. le docteur Dieulafoy dans notre numéro de jeudi dernier. Il faut lire :

Cours élémentaire de pathologie interne. — M. le docteur Dieulafoy, agrégé, commencera ce cours mercredi prochain, 5 décembre, à 5 heures, dans le petit amphithéâtre de l'École de médecine, et il le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Obsèques de M. Barth

Dès avant midi, la demeure de M. Barth était envahie par une foule empressée de rendre les derniers devoirs au confrère éminent, à l'ami dévoué qui avait su conquérir estime, considération et affection dans tous les rangs de la société.

Les funérailles de M. Barth ont été célébrées avec une grande pompe. Le corps était exposé dans une chapelle ardente somptueusement éclairée. Au départ pour l'église, les cordons du poêle étaient tenus par M. Dumas, représentant le Conseil supérieur de l'instruction publique, dont M. Barth faisait partie; par M. Vulpian, doyen de la Faculté de médecine, en costume; par M. Bouley, président de l'Académie de médecine; par M. Charcot, au nom de la Société anatomique; par M. de Nervaux, directeur de l'Assistance publique; et par M. Béclard, vice-président de l'Association des médecins de la Seine.

Un maître des cérémonies portait, sur un coussin de velours noir, les insignes de commandeur de la Légion d'honneur, dont M. Barth était décoré. Il avait exprimé le vœu que les honneurs militaires ne lui fussent pas rendus à ce titre.

Le deuil était conduit par M. Henri Barth, fils du défunt, interne distingué des hôpitaux, et par M. Vuigner, son gendre. A côté d'eux venait M. Henri Roger, son ami d'un demi-siècle, son collaborateur, et dont les travaux faits en commun ont rendu leurs noms inséparables. Les larmes inondaient son visage.

Le cortége s'est mis en marche dans l'ordre suivant :

Le Conseil supérieur de l'instruction publique ;
La Faculté de médecine;
L'Académie de médecine;
Les délégués de l'Association des médecins de la Seine;
Les confrères et amis;
Des députations des frères de la doctrine chrétienne et des sœurs de Saint-Vincent.

L'église Saint-Thomas-d'Aquin a pu à grand'peine, et grâce aux mesures prises avec beaucoup d'intelligence, contenir cette foule considérable.

Le service religieux était magnifique. L'église, toute tendue de noir, était resplendissante de lumières. Une messe base, notée de chants, a été dite par M. le curé de la paroisse. Les chants ont été admirablement exécutés par la maîtrise. On a surtout admiré un offertoire et un *Pie Jesu* avec accompagnement de cor d'harmonie, de violoncelle et d'orgue, d'un caractère très-religieux.

A l'issue de la cérémonie religieuse, le corps, porté sur un char magnifique, s'est dirigé vers le village de Bagneux, dans le cimetière duquel M. Rarth a voulu être inhumé. Selon son désir formel, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. Barth était médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, ancien président de l'Académie de médecine, agrégé libre de la Faculté de Paris, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, président de l'Association des médecins de la Seine, membre du Conseil général et bienfaiteur de l'Association générale des médecins de France, commandeur de la Légion d'honneur, etc., etc.

En signe de deuil, et à l'occasion de la mort de M. Barth, son ancien président, l'Académie de médecine a clos sa séance après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance.

PATHOLOGIE

L'OBÉSITÉ; SES CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES;

Par le docteur E. LANCEREAUX,

Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'obésité ou polysarcie est un désordre de la nutrition générale qui se traduit par une accumulation excessive de graisse dans les éléments cellulaires du tissu con-

jonctif, et détermine une gêne plus ou moins considérable des grandes fonctions organiques.

Cette modification importante de l'individu a un début souvent obscur et d'autant plus difficile à préciser que la quantité de graisse varie dans les conditions normales, chez l'homme, avec l'âge, le sexe, le climat et beaucoup d'autres circonstances physiologiques ou hygiéniques. Nulle chez le fœtus pendant les premiers mois de son développement, la graisse se montre d'abord sous la peau, où elle forme des grains isolés faciles à étudier; à la naissance, elle existe en assez grande quantité sous le tégument extérieur, dans l'épaisseur des joues et l'épiploon. Abondante chez l'enfant de 2 à 3 ans, elle diminue à l'approche de la puberté, augmente dans l'âge adulte, envahit au fur et à mesure de l'accroissement les interstices musculaires, et en dernier lieu, s'accumule autour des viscères. Le moment où se termine l'accroissement est en général celui où commence l'obésité. Dans la vieillesse, la quantité de graisse diminue généralement au-dessous de la peau, mais elle continue d'exister au pourtour de plusieurs organes, le cœur et les reins notamment, dans les replis péritonéaux, la cavité médullaire des os, etc. Le corps de la femme est en moyenne plus riche en graisse et plus enclin aux dépôts graisseux que le corps de l'homme. L'excitation sexuelle, le déploiement de l'activité musculaire, le régime, le tempérament, la disposition morale ont une grande influence sur le développement de l'embonpoint. Les climats chauds et humides y prédisposent; les races mêmes ont des aptitudes différentes à cet égard; certaines tribus, celle des Bochismans, par exemple, se fait remarquer par la saillie graisseuse des fesses chez les femmes.

Le siége ordinaire de la polysarcie est celui de la graisse à l'état normal, c'est d'abord le tissu cellulaire sous-cutané, puis le tissu conjonctif intermusculaire et le tissu sous-séreux. Le tissu conjonctif sous-muqueux est exempt d'infiltration graisseuse, car toutes les fois qu'on y rencontre de la graisse, c'est toujours sous la forme lipomateuse.

Les diverses régions du tissu cellulaire sous-cutané offrent des différences notables sous le rapport de leur aptitude à se pénétrer de graisse. La paroi abdominale antérieure est l'un des points de prédilection de la polysarcie; l'épaisseur du tissu cellulo-adipeux dans cette région est en effet plus considérable que partout ailleurs, principalement chez les individus devenus obèses à la suite d'excès alcooliques, ainsi que je l'ai signalé autrefois (art. *Alcoolisme* du *Dict. encyclop. des sciences méd.*). Dans un cas qui vient de passer sous mes yeux, la couche celluloadipeuse sous-cutanée de l'abdomen mesurait 15 centimètres, celle du thorax de 5 à 6 centimètres; les mamelles, très-volumineuses, pendaient en avant de l'abdomen; ce dernier tombait jusque sur les cuisses. Après l'abdomen, les régions fessière et cervicale postérieure sont celles où la graisse a le plus de tendance à s'accumuler; mais, tandis que certaines régions se font remarquer par une surcharge adipeuse considérable, il en est d'autres, comme le poignet et les malléoles, les paupières' le scrotum et le pénis, qui, dans la plupart des cas, restent exemptes d'infiltration graisseuse.

Le tissu sous-cutané chargé de graisse est dépressible, en ce sens que la surface du corps conserve les impressions qu'y a faites une pression quelconque. Il est jaunâtre, formé de pelotons adipeux séparés par des tractus conjonctifs très-fins, comme étouffés par l'abondance de la graisse; aussi, sa surface de section est-elle presque lisse et uniforme dans les points où il présente de l'extensibilité et une faible épaisseur. Le tissu adipeux est toujours moins abondant au-dessous des aponévroses que sous la peau, il constitue néanmoins parfois une gêne assez considérable au fonctionnement des muscles. C'est aux membres supérieurs et inférieurs, au thorax, au dos, que l'on observe les couches les plus épaisses de graisse. Elles sont situées sous les aponévroses et dans les intervalles musculaires, quelquefois même infiltrées entre les faisceaux musculaires, qui sont comprimés et atrophiés. Toutes les régions du corps sont loin d'être également affectées, car, dans

un cas bien connu de polysarcie observé par Dupuytren, le tissu adipeux manquait absolument sous l'aponévrose épicrânienne.

Le tissu conjonctif sous-séreux, plus que tout autre, se distingue par l'inégale répartition de la graisse, qui s'accumule surtout dans les points où elle existe normalement. Dans la cavité abdominale, par exempte, l'hypersécrétion adipeuse abonde dans le mésentère, le grand épiploon, l'épiploon gastro-hépatique, les appendices épiploïques du gros intestin, dans les régions iliaques et au pourtour des reins et des anneaux fibreux, tandis qu'elle ne se rencontre jamais sous le péritoine qui revêt l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle et le gros intestin. Les parties affectées changent d'aspect, acquièrent un volume considérable; le mésentère, d'une épaisseur de plusieurs centimètres, ne permet plus à l'intestin de se mouvoir comme dans les conditions ordinaires. Le grand épiploon forme, en avant de la masse intestinale, un vaste tablier auquel sont appendues d'énormes masses adipeuses; au lieu d'une demi-livre, qui est son poids moyen à l'état sain, il arrive à peser plusieurs livres, sept et huit livres, vingt-deux même (Portal), et jusqu'à trente livres (cas de Boerhaave).

Très-fréquente et très-abondante dans le tissu cellulaire sous-séreux du cœur, principalement à la base, où elle forme une sorte de couronne avec des appendices multiples, au niveau des sillons de cet organe, la graisse, au contraire, n'est pas observée sous le feuillet séreux qui revêt le péricarde fibreux. De même, tandis que les médiastins et le tissu conjonctif situé au-dessous de la plèvre costale présentent parfois d'abondants dépôts graisseux allant jusqu'à former des sortes d'appendices épiploïques, le tissu cellulaire sous-pleural n'offre jamais d'accumulation de graisse au niveau du poumon. Il n'en est pas ainsi des fausses membranes de la cavité pleurale, car nous les avons trouvées plusieurs fois infiltrées de pelotons graisseux. Les cavités encéphalique et rachidienne sont exemptes de tissu adipeux, mais on observe ce tissu à la surface externe de la dure-mère rachidienne, à partir de la troisième vertèbre cervicale. Le tissu conjonctif sous-synovial, enfin, est quelquefois tellement pourvu de graisse que celle-ci pousse dans la cavité articulaire des prolongements susceptibles de gêner les mouvements de l'articulaton.

Il résulte de ces données que les cavités séreuses se trouvent rétrécies par l'accumulation de la graisse, et que les organes circonscrits par ces cavités sont comprimés. Les poumons, par exemple, ont un volume moindre chez les individus gras que chez les individus maigres; le cœur, large et dilaté, est enveloppé à sa base d'un coussinet de graisse qui s'étale jusque sur ses deux faces et gêne ses mouvements. Le foie, volumineux et jaunâtre, a ses éléments propres le plus souvent infiltrés de granulations graisseuses, et de là est née l'opinion que ces éléments pouvaient suppléer au fonctionnement des cellules adipeuses; la vésicule du fiel renferme le plus souvent alors une bile pâle, ou simplement du mucus. Le pancréas est entouré de graisse et parfois très-développé; la rate est petite ainsi que les glandes lymphatiques, qui sont étouffées par le tissu adipeux de voisinage. L'estomac est ample et sa tunique musculaire est très-développée; le canal intestinal n'offre généralement rien de bien particulier. Les reins sont petits et en quelque sorte perdus au milieu de la graisse; la vessie est petite et contractée.

Quel que soit son siége, la graisse n'est pas, comme le pensait Haller, librement déposée dans les aréoles limitées par les lamelles du tissu conjonctif, mais renfermée dans des cellules spéciales faisant partie de ce même tissu. Ces cellules, qui forment des masses globuleuses réfringentes, adhèrent en général aux faisceaux conjonctifs; elles sont séparées les unes des autres par de petites lamelles de ce tissu. Cependant on en trouve souvent deux ou plusieurs accolées directement et sans intermédiaire. Elles présentent la forme d'un vaste utricule limité par une enveloppe à double contour, et sont constituées par une membrane homogène transparente, tapissée à l'intérieur d'une lame de protoplasma dans laquelle est contenu le noyau. Le milieu de la cellule est occupé par la masse graisseuse séparée du protoplasma par une zone qu'occupe un liquide transparent (Ranvier). Le protoplasma cellulaire, dans la polysarcie, est refoulé à la périphérie et atrophié, la graisse abonde et la cellule

augmente de volume. Plus tard, lorsque l'obésité tend à disparaître, la vésicule adipeuse revient sur elle-même et se flétrit; son contenu devient granuleux et le tissu adipeux, par cela même, offre un aspect grisâtre humide qui rappelle celui de l'œdème. L'inanition détermine dans les cellules du tissu adipeux une résorption de la graisse que vient remplacer un liquide transparent, contenant de fines granulations, et, si cet état se prolonge, la graisse disparaît tout à fait, les éléments adipeux se présentent sous la forme de grosses cellules arrondies à un ou plusieurs noyaux, pourvues d'une membrane d'enveloppe évidente et remplie d'un liquide séreux. La résorption de la graisse par l'inanition et sa réapparition sous l'influence d'une nourriture réparatrice se font, chez le lapin, dans l'intervalle de quelques jours, et cela suivant les lois du développement normal (Czajewiez).

La graisse qui, chez un homme adulte et d'un embonpoint ordinaire, est dans la proportion d'un vingtième environ par rapport au poids total du corps, peut, chez les individus obèses, former depuis la moitié jusqu'aux quatre cinquièmes de ce poids total. On a vu des individus surchargés de graisse peser quatre, six cents et huit cents livres; Waad parle même d'un homme qui aurait atteint le poids énorme de neuf cent quatre-vingts livres. Notons que les individus adultes qui eurent une grande obésité commencèrent en général de bonne heure à montrer cette disposition. Les cas d'obésité chez l'enfant ne sont, du reste, pas extrêmement rares, il en existe un certain nombre dans les recueils scientifiques, mais beaucoup d'entre eux n'ont pas été suivis ultérieurement, en sorte qu'ils n'ont qu'une faible importance. Th. Bartholin rapporte le cas d'un enfant de 10 ans qui avait un poids de deux cents livres; d'autres auteurs ont vu des enfants de 4 ans qui pesaient jusqu'à quatre-vingts livres (Kaesner, *Hamburg. Magaz.*, t. II). Dans ces cas d'obésité excessive, le corps présente un volume énorme, ses diverses parties perdent leurs formes et leurs proportions primitives. Les mouvements sont roides, difficiles, les membres et le tronc ne sont fléchis qu'avec peine, et de là une démarche toute particulière, souvent accentuée par le volume de l'abdomen.

Si quelques personnes obèses supportent un semblable état sans paraître par trop incommodées, il en est d'autres, au contraire, pour qui la marche est difficile ou impossible, le moindre mouvement une fatigue, et qui ne peuvent respirer dès qu'elles abandonnent la position verticale ou assise. Cette différence symptomatique, assez extraordinaire tout d'abord, ne peut surprendre si l'on considère qu'elle est en partie surbordonnée à la surcharge graisseuse des organes, et que celle-ci, l'adipose cardiaque en particulier, ne sont nullement dans un rapport constant avec l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'appétit est le plus souvent bon et la digestion présente une activité extraordinaire; mais, après les repas, il y a généralement de la somnolence. La menstruation est d'ordinaire troublée chez la femme; les fonctions sexuelles dans les deux sexes sont affaiblies, ou du moins peu actives; aussi la stérilité est-elle une des conséquences fâcheuses de la polysarcie. Pourtant, il ne faut pas s'y tromper, l'obésité est elle-même, dans certains cas, l'effet d'un désordre des fonctions génésiques, comme on le constate chez les eunuques et chez les individus des deux sexes dont les organes génitaux présentent des anomalies ou un développement incomplet. Ajoutons que les individus obèses ont des sueurs abondantes, qu'ils sont exposés à des inflammations diverses, et, enfin, qu'ils supportent moins bien les maladies aiguës que les autres personnes.

La polysarcie est presque toujours générale, malgré l'inégale répartition de la graisse, mais, dans quelques cas aussi, elle est partielle. C'est particulièrement dans les parois de l'abdomen, dans les épiploons et le mésentère que se montre l'accumulation locale de graisse, tant chez l'homme que chez la femme. Le ventre alors est volumineux, disproportionné au reste du corps; il tombe sur les cuisses, et, par son frottement, il enflamme la peau. Le tronc, dans la marche, est fortement porté en arrière, la respiration est difficile à cause du refoulement du diaphragme du côté de la poitrine, la circulation est troublée, non-seulement par la compression des gros vaisseaux de la cavité abdominale, mais encore par l'imperfection des

mouvements respiratoires. D'autres fois, l'accumulation locale de graisse est prédominante sur quelques autres parties du corps, comme les mamelles, qui prennent un développement extraordinaire, ou encore les fesses, ainsi qu'on le voit dans quelques tribus de l'Afrique méridionale.

(A suivre dans un prochain numéro.)

CARDIOGRAPHIE

DE QUELQUES MODIFICATIONS AU SPHYGMOGRAPHE, ET DE SON EMPLOI COMME CARDIOGRAPHE ;

Par P.-N. LABATUT, interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon (Var).

« Le diagnostic des maladies du cœur n'offre pas plus de difficulté que celui des « affections chirurgicales. »

Ces paroles, je les ai souvent entendu attribuer à M. le professeur Bouillaud par un de nos aînés, qui avait eu le bonheur de suivre, à Paris, les cliniques du maître. Mais combien peu de médecins pourraient tenir pareil langage ! Combien sont encore obligés de s'en tenir au diagnostic vague de : *affection organique du cœur*, sans pouvoir localiser plus exactement la lésion, ni en déterminer la nature.

L'emploi du sphygmographe de Marey, en permettant de comparer entre eux les tracés du pouls à l'état sain et à l'état pathologique, est d'un secours précieux. Malheureusement, on ne le trouve guère que dans les centres d'enseignement ou dans les hôpitaux de quelque importance, et, malgré son utilité incontestable, peu de praticiens se décident à acheter un instrument d'un prix élevé, et dont l'application ne laisse pas que d'être difficile.

Planche I.

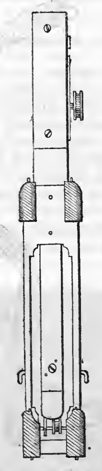


Fig. 1. — Sphygmographe modifié vu par sa face postérieure. A, A, A, A, coussinets de liége.



Fig. 2. — Ruban élastique avec ses anneaux.

En effet, ces valves mobiles, qui forment autour de l'avant-bras un bracelet incomplet, ne s'adaptent pas à tous les sujets; d'un autre côté, les mouvements que l'on est obligé de faire pour porter alternativement le lacet sur les crochets, dérangent l'instrument de sa position première; de sorte que ce n'est que par des tâtonnements que l'on arrive à placer le ressort sur la radiale. De là une perte de temps parfois assez considérable, même pour ceux qui ont l'habitude du sphygmographe.

Nous avons cru remédier à ces inconvénients, en modifiant l'instrument de la façon suivante :

Les valves mobiles enlevées, nous avons fait fixer directement sur l'instrument, un de chaque côté, deux des crochets qu'elles supportaient. Ces deux crochets doivent être recourbés presque à angle droit et placés à la même hauteur, à environ 2 centimètres de l'extrémité libre du ressort élastique.

Quant aux parties auxquelles étaient fixées les valves formant support, elles sont rembourrées avec des coussinets de liége, recouverts d'une peau de gant. (A, A, A, A, planche I, fig. 1.)

Ainsi modifié, le sphygmographe est maintenu sur l'artère par un ruban élastique (celui dont se servent les dames pour jarretières) d'une largeur de 2 centimètres 1/2 environ, et portant un anneau à chaque extrémité. Outre ces deux anneaux, nous en avons fait fixer d'autres de distance en distance sur la moitié d'une des faces du ruban, afin de pouvoir modifier la longueur du lieu fixateur, suivant la grosseur de l'avant-bras du sujet. (Voir pl. I, fig. 2.)

Voici d'ailleurs la manière de procéder :

L'avant-bras étant placé sur le ruban, dans la position la moins fatigante pour le malade, on applique le sphygmographe sur l'artère, et pendant que d'une main on

Planche II.

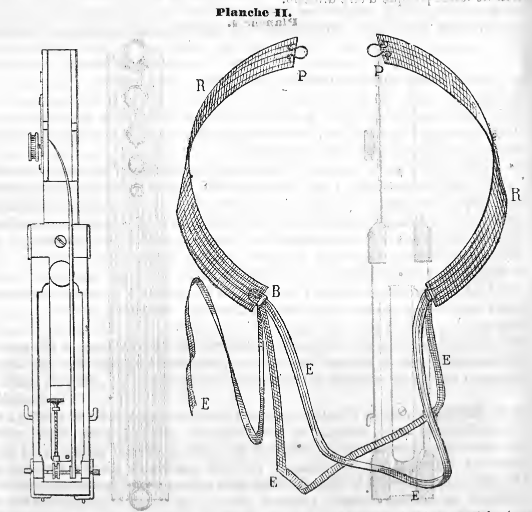


Fig. 1. — Sphygmographe vu par sa face antérieure.

Fig. 2. — R, R', rubans élastiques. — B, boucle. — E, E, lacet. — P, P', anneaux que l'on passe dans les crochets de l'instrument.

le maintient dans cette position, de l'autre on passe successivement deux des anneaux dans les deux crochets. Il est préférable de faire tenir l'instrument par la main libre du malade, afin de pouvoir passer simultanément les deux anneaux.

Veut-on maintenant, avec le même instrument, prendre le tracé du choc cardiaque?

C'est une opération des plus simples. Il suffit, pour fixer le cardiographe, d'un lacet long d'environ 1 m. 80 et de deux morceaux de ruban élastique, chacun d'une longueur de 10 centimètres. L'un de ces deux rubans est terminé par deux anneaux, tandis que l'autre n'en est muni qu'à une extrémité, et porte à l'autre bout une boucle, au-dessus de laquelle est cousu le lacet. De là, celui-ci va passer dans l'anneau de l'autre ruban, revient sur lui-même pour aboutir enfin à la boucle, où on le fixe avec les dents de cette dernière; de sorte que, en tirant plus ou moins sur le chef libre, on agrandit ou diminue à volonté, autour du corps, cette espèce de ceinture que vient compléter l'instrument. La planche suivante fera d'ailleurs, mieux que nos explications, comprendre la simplicité du procédé.

Nous avons pu, de cette manière, prendre de nombreux tracés de la pulsation cardiaque, et sommes heureux d'en mettre quelques-uns sous les yeux du lecteur. Le tracé I est celui d'un jeune homme de 18 ans, un peu anémié et en convalescence d'une pneumonie droite (service de M. le docteur Calvy, 1er médecin en chef).

I

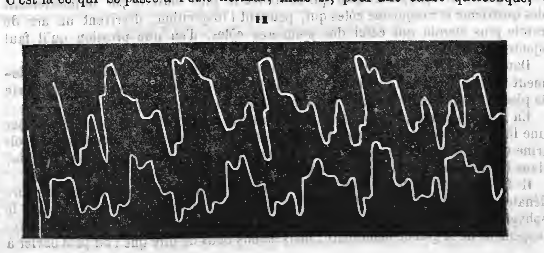


Ce tracé est normal; il marque avec netteté, à chaque révolution cardiaque, la contraction auriculaire, la systole ventriculaire, la fermeture de la valvule sigmoïde, etc. Mais, ce qu'il faut surtout remarquer, c'est l'influence de l'inspiration, qui diminue la longueur de la ligne diastolique et modifie singulièrement la ligne ascensionnelle (systole). Cette influence, que l'on constate dans tous les tracés, doit s'expliquer de la façon suivante :

La paroi thoracique, graduellement soulevée par l'action des muscles inspirateurs, vient presser contre le ressort, et, par suite, imprime au levier un mouvement qui se traduit par une ligne courbe ascensionnelle; de sorte que, si l'inspiration se fait au moment de la diastole du ventricule, la ligne horizontale ou diastolique et remplacée par une ligne courbe, à laquelle ne tarde pas à s'ajouter une ligne verticale, témoignant de la contraction du ventricule, qui vient à son tour d'exercer une brusque pression sur le ressort.

C'est là ce qui se passe à l'état normal; mais si, pour une cause quelconque,

II



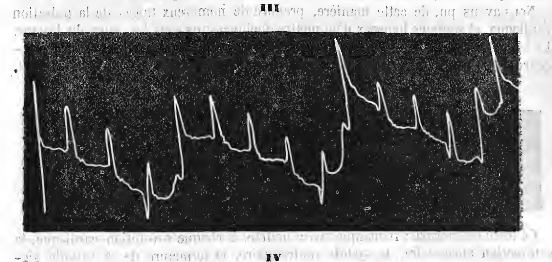
l'inspiration devient brusque, courte, saccadée, ce n'est plus une courbe, c'est une ligne verticale que nous avons. Le tracé 2 prouve la justesse de notre dire. Il a été pris sur un tuberculeux dont la dyspnée était considérable, et chez lequel nous avons constaté 42 inspirations par minute au moment de l'expérience.

La respiration, même en l'absence de toute lésion pulmonaire, modifie donc le tracé de la pulsation cardiaque; or, ces modifications sont bien plus marquées lorsque, au lieu de faire reposer tout l'instrument sur la cage thoracique, le ressort étant sur la pointe du cœur, on place l'autre extrémité du sphygmographe sur l'abdomen.

L'inspiration diaphragmatique soulève alors démesurément cette partie sur laquelle se meut la plaque recouverte de papier, et c'est à peine si la pulsation cardiaque se traduit ici par un petit crochet.

On peut le voir par les deux tracés suivants, pris successivement sur le même sujet, un jeune homme de 21 ans, atteint de fièvre continue. (Service de M. le docteur Calvy) :

III



IV



Dans le premier cas (tout l'instrument repose sur la cage thoracique), le ressort est la partie du sphygmographe qui se trouve la plus soulevée par le mouvement des quatrième et cinquième côtes qui, pendant l'inspiration, décrivent un arc de cercle plus étendu que celui des premières côtes, d'où une pression qu'il faut ajouter à celle de la systole ventriculaire.

Dans le deuxième cas, les deux extrémités de l'instrument sont aussi inégalement soulevées; mais l'inégalité, cette fois, est en faveur de la partie qui supporte la plaque; d'où une diminution dans la hauteur de la ligne systolique.

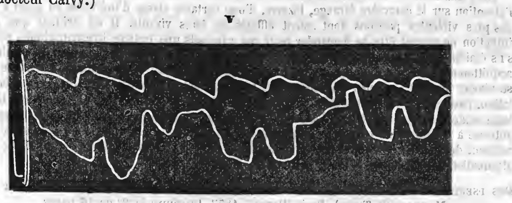
En d'autres termes, l'inspiration se traduit par une courbe ascensionnelle ou par une ligne de descente, suivant que l'on fait reposer tout l'instrument sur la poitrine ou qu'on le place en partie sur l'abdomen; le ressort se trouvant, bien entendu, dans les deux cas sur la pointe du cœur.

Il faut avouer toutefois que, si l'inspiration diaphragmatique devait toujours dénaturer les tracés, comme le tracé IV, on devrait renoncer à enregistrer, avec le sphygmographe, la pulsation cardiaque de la plupart des femmes, à cause du développement de la glande mammaire; mais hâtons-nous de dire que l'on peut obvier à

cet inconvénient en faisant coucher légèrement le sujet sur le côté droit pour prendre le tracé.

Le tracé suivant a été obtenu dans cette position, sur une malade atteinte de rétrécissement avec insuffisance aortique et d'insuffisance mitrale. (Service de M. le docteur Calvy.)

V



Il faudrait, pour avoir un tracé irréprochable, que l'instrument fût complétement soustrait à l'influence du jeu respiratoire, et, malheureusement, quelque position qu'on lui donne, on ne peut arriver à ce résultat. C'est là, d'ailleurs, un inconvénient qui n'est point particulier au sphygmographe, car nous voyons dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, que Marey, en décrivant son cardiographe clinique, signale les modifications apportées par la respiration au tracé de la pulsation du cœur.

On devra donc, autant que possible, avoir le soin de faire reposer tout l'instrument sur la paroi thoracique, et, à cause de l'amplitude des tracés, remplacer la plaque ordinaire, que l'on recouvre de papier, par une plaque en verre, d'une hauteur de 4 centimètres. Il sera aisé de prendre ainsi, sur la même plaque, le tracé de la radiale et celui du choc cardiaque, comme nous l'avons fait fig. 5.

Nous nous arrêtons, notre intention n'étant pas, dans un travail de courte haleine, de présenter de plus nombreux tracés ni de discuter leur valeur au point de vue du diagnostic. Tout le monde, quelle que soit la fidélité avec laquelle le pouls fasse connaître les lésions cardiaques, comprend l'importance qu'il y a à pouvoir enregistrer les contractions de l'organe lui-même; et c'est parce que nous avons lu dans l'ouvrage de Marey (*Physiologie médicale*) que la difficulté de fixer l'instrument empêche seule son emploi comme cardiographe, que nous nous sommes décidé à publier ces lignes.

Puissent ces simplifications contribuer à rendre plus général l'usage du sphygmographe, et puissent tous les praticiens dire avec le maître : « Le diagnostic des « maladies du cœur n'offre pas plus de difficulté que celui des affections chi- « rurgicales. »

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

LA FOLIE JALOUSE, par M. le docteur Paul MOREAU (de Tours). Paris, Asselin, 1877. Brochure grand in-8° de 109 pages.

L'auteur, il nous l'apprend lui-même dès les premiers mots, a puisé l'idée de son travail dans une brochure de son père (Moreau, de Tours) publiée il y a bientôt quarante ans, sur la folie raisonnante envisagée au point de vue médico-légal.

M. Paul Moreau, après avoir défini la jalousie et la monomanie, a rassemblé cinquante observations, les unes médicales, les autres empruntées aux récits des journaux quotidiens, où, d'ailleurs, il déplore de les voir s'étaler, au grand détriment de la moralité et de la santé publiques. Ce n'est pas la première fois que l'auteur fait entendre des doléances à ce sujet, et ce n'est probablement pas non plus la dernière. Il se passera encore du temps sans doute avant que le public ait renoncé à rechercher le scandale, et avant que les journaux pour lesquels le scandale est une source de prodigieux bénéfices aient renoncé à exploiter ce goût dépravé.

Les deux classes d'observations recueillies par l'auteur sont divisées, les unes et les autres, en cinq catégories : Jalousie faible, — forte, — violente (avec meurtre), — violente (avec suicide), — outrée (avec meurtre et suicide). La plupart sont annotées et suivies de réflexions on ne peut plus judicieuses.

Voici comment M. Paul Moreau résume et termine sa brochure : « Nous avons voulu appeler l'attention sur le caractère étrange, bizarre, d'une certaine classe d'individus en proie à l'une des plus violentes passions dont soient affligés les êtres vivants. Il est évident que notre intention ne saurait être de demander pour ces criminels une entière irresponsabilité, comme s'ils étaient de véritables aliénés ; nous regardons comme un devoir de réclamer, non point un acquittement, mais de l'indulgence pour ces malheureux dont l'état mental douteux ne peut se révéler que par l'examen approfondi des faits. Les actes incriminés dénotent une obnubilation, passagère si l'on veut, mais manifeste cependant, de l'exercice du libre arbitre. L'analogie évidente entre les observations médicales et les faits si incomplets tirés des journaux autorise à conclure que les crimes attribués à la jalousie ont été commis sous l'influence d'un moment de délire, et comme tels commandent, dans leur appréciation par la justice, une atténuation dans le degré de culpabilité. » — M. L.

DES PSEUDO-GUÉRISONS DANS LES MALADIES RÉPUTÉES INCURABLES, par M. le docteur Paul MOREAU (de Tours). Paris, Parent, 1877. Brochure in-8° de 16 pages.

Cette brochure est la reproduction d'articles qui ont paru naguère dans le *Journal d'hygiène*. Les maladies que vise particulièrement l'auteur sont : l'épilepsie, la paralysie générale, la phthisie, la scrofulose et le cancer. « Il n'est pas rare, dit-il, d'entendre parler de la guérison d'un épileptique, d'un phthisique, d'un scrofuleux, etc. Qu'on veuille bien alors se donner la peine de rechercher attentivement, d'examiner de près un phénomène si étrange, si contraire à toutes les notions acquises, qu'on s'informe avec soin de l'état de santé du malade depuis sa guérison, et on apprendra, si même on ne l'a déjà constaté par soi-même, que la maladie première a bien effectivement disparu depuis un temps plus ou moins long, mais qu'en revanche la personne *guérie* présente des phénomènes nouveaux, phénomènes qui n'avaient jamais existé chez elle ; en un mot, qu'elle se trouve sous le coup d'une autre maladie. »

Nous avons le regret de n'être point du tout de l'avis de l'auteur, en ce qui concerne du moins la phthisie et la scrofulose. Nous connaissons, nous avons pour amis des phthisiques guéris depuis plus de vingt-cinq ans, et dont la santé, de leur propre aveu, ne laisse à peu près rien à désirer. Quant aux scrofuleux guéris, on ne peut vraiment faire un pas sans en rencontrer. A notre avis, les lignes décourageantes que nous avons citées plus haut, pas plus que les conclusions par lesquelles l'auteur termine son travail, ne sont justifiées par le contenu de la brochure. La seule conclusion qu'il serait légitime de tirer des faits qu'il rapporte et des considérations auxquelles il se livre, c'est que les maladies qu'il a en vue ne préservent pas d'autres affections. Cela n'a jamais été contesté par personne. C'est une question à revoir, et à revoir d'autant plus près qu'il s'agit, pour les pauvres malades déjà désespérés, d'une terrible aggravation de peine. — M. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 décembre 1877. — Présidence de M. BOULEY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le chef du cabinet du ministre de l'instruction publique avait adressé une lettre invitant l'Académie de médecine à se présenter devant le ministre. L'Académie, représentée par les membres du bureau, s'est rendue à cette invitation. M. le ministre a bien voulu, dit M. LE PRÉSIDENT, nous assurer de toutes ses sympathies et nous dire qu'il était on ne peut mieux disposé pour l'Académie. Mais il a ajouté qu'il craignait de n'avoir pas le temps de réaliser ses bonnes intentions.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport sur les épidémies qui ont régné dans la Loire-Inférieure pendant l'année 1876.

2° Un rapport sur une épidémie de variole dans la commune d'Ercé (Ariége). — (Com. des épidémies.)

3° Les rapports de MM. les inspecteurs sur le service des eaux minérales de Saint-Sauveur et de Lamotte-les-Bains (Isère) en 1876. (Com. des eaux minérales.)

— M. le ministre des travaux publics transmet une publication sur l'hygiène des mineurs. (Renvoyée à la section d'hygiène.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bonnewyn, de Bruxelles, qui se porte candidat comme associé étranger.

2° Une lettre de M. Ch. Lenglen, vétérinaire à Arras (Pas-de-Calais), sur une famille sexdigitaire. (Renvoi à M. Broca.)

—

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Barth, membre de l'Académie de médecine, qu'il a présidée, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, président de l'Association des médecins de la Seine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, commandeur de la Légion d'honneur. Il propose à l'Académie, qui accepte, de ne pas tenir séance aujourd'hui.

M. BÉCLARD ajoute que M. Barth a recommandé de ne pas prononcer de discours sur sa tombe. M. Henri Roger lira, dans la séance prochaine, une notice biographique sur son ami.

FORMULAIRE

HUILE DE FOIE DE MORUE IODÉE. — FONSSAGRIVES.

Huile de foie de morue blonde.	100 grammes.
Iodoforme.	0 gr. 25 centigr.
Essence d'anis	10 gouttes.

Mêlez. — L'iodoforme débarrasse l'huile de foie de morue de son odeur nauséeuse et désagréable. L'auteur la prescrit comme de l'huile de foie de morue ordinaire, dans les cas où on désire associer l'iode à cette dernière. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 6 DÉCEMBRE 1793.

Raimond Lacabane, chirurgien, âgé de 40 ans, né à Bastie-Siserac, domicilié à Lyon, est condamné à mort par la commission révolutionnaire de Lyon, comme contre-révolutionnaire. — A. CH.

COURRIER

LE MONUMENT POUCHET A ROUEN. — Jeudi dernier, 29 novembre, a eu lieu à Rouen l'inauguration du monument élevé par souscription publique à la mémoire de F.-A. Pouchet, dont le nom restera attaché à la grande question des générations spontanées. Le buste en marbre blanc, supporté par un socle, est placé au centre d'une sorte de portique d'un style élégant, qui n'emprunte rien aux souvenirs de l'architecture classique. Ce monument est l'œuvre de M. Adeline ; le buste, dû au ciseau de M. Devaux, est d'une ressemblance parfaite.

La cérémonie était présidée par le maire de Rouen, M. Barrabé, entouré des principales autorités de la ville. Il a rappelé les titres de F.-A. Pouchet à la reconnaissance de la cité rouennaise, qu'il a enrichie de belles collections, qu'il a instruite par son enseignement, qu'il a honorée par ses travaux.

Avant le maire, le président de la Société des sciences naturelles de Rouen, M. Boutillier, le directeur du Muséum, M. Pennetier, avaient pris la parole. Ce dernier a cité, aux applaudissements de la foule, le passage suivant d'une lettre que lui avait adressée M. Pasteur, en envoyant sa souscription au monument élevé à son adversaire : « Ce savant consciencieux « mérite la reconnaissance de tous pour ce qu'il a fait de bon et d'utile, et jusque dans ses « erreurs, il a droit à tous les respects. »

Le monument est placé sous l'entrée du Muséum d'histoire naturelle que F.-A. Pouchet a lui-même créé, et où il a réalisé ces expériences qui ont fait tant de bruit et soulevé des luttes si vives dans le monde savant : nul endroit ne pouvait être mieux choisi.

CORPS ÉTRANGER DANS L'ŒSOPHAGE D'UN ENFANT DE HUIT JOURS. — Nous empruntons le fait suivant à un rapport de M. le docteur Baudry, d'Évreux :

« Une fille mère, accouchée depuis huit jours seulement, nourrissait au biberon son enfant qui était très-fort, bien venant. Il ingurgitait avec avidité et avec force le lait qui lui était présenté dans une fiole, à laquelle était fixée par un fil une petite éponge introduite dans le goulot, comme on en trouve encore beaucoup dans nos campagnes.

« Vers deux ou trois heures du matin, la mère remplit de lait tiède ce biberon et le présenta à son enfant. La force de succion s'exerça de telle façon que bientôt la fiole fut vide, et que l'éponge, détachée du col, fut avalée et resta à l'entrée de l'œsophage, qu'elle obstrua complétement, comprimant en même temps la trachée artère, de manière à gêner la respiration et à asphyxier le malheureux enfant, qui succomba quelques heures plus tard.

« Le fil qui retenait l'éponge céda-t-il accidentellement aux efforts de la succion ou fut-il coupé dans un mauvais dessein? C'est, jusqu'à ce jour, un problème, dont la justice, qui informe, s'occupe d'avoir la solution. »

Culture du quinquina à la Jamaïque. — La culture du quinquina promet de devenir un des produits importants de la Jamaïque. Les premières plantations ont été faites en 1860, et suivant les informations les plus récentes, dit le *Times*, elles couvrent maintenant 350 acres et comprennent environ 80,000 arbres. Environ 50 acres, dans la quantité, contiennent environ 20,000 arbres d'une espèce inférieure, mais dont on espère l'amélioration.

Les 300 autres acres sont plantés des espèces tout à fait supérieures et dont, en ce qui concerne la Jamaïque, les chimistes les plus compétents font un rapport des plus favorables.

Les 60,000 arbres de ces précieuses espèces sont maintenant à tous les degrés de la croissance, depuis 30 pieds de haut jusqu'aux plus jeunes plants. Cela résulte de ce que des plantations successives ont eu lieu d'année en année.

Les plus grands de ces arbres sont estimés actuellement à une valeur d'une livre sterling par pied, et l'on pense que dans une période de quelques années, ils doubleront de valeur par le plus grand développement de leur écorce.

Vingt mille livres d'écorces, dit le *Colonial Standard*, auraient pu être envoyées sur le marché, mais c'eût été au prix d'un grand sacrifice; on n'en a exploité que quelques milliers de livres provenant des éclaircies opérées dans les plantations cette année même.

En réalité, le quinquina s'est parfaitement naturalisé. C'était une tentative hardie d'essayer l'introduction du quinquina à la Jamaïque, mais la tentative a complétement réussi, et le gouvernement, qui en avait pris la responsabilité et à qui appartiennent les plantations, a rendu un important service. L'exemple qu'il a donné sera suivi et des entreprises privées se formeront en vue des magnifiques résultats qu'on peut espérer.

— Sir Richard Wallace, dont le nom est devenu le symbole de la charité intelligente et élevée en même temps que de l'opulence, vient de donner une somme de 1,000 fr. à la *Société des amis des sciences.*

Société des médecins des Bureaux de bienfaisance. — La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 14 décembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du Louvre.

Ordre du jour : 1° Nomination de deux membres associés libres nationaux. — 2° Élection du bureau pour l'année 1878. — 3° Constitution médicale du mois de novembre : Polyclinique. — 4° M. Courtaux : Morphinisme chronique, hématémèse, mort. — 5° M. Bernier de Bournonville : Angine gangréneuse; traitement par l'acide phénique. — 6° M. Commenge : Rhumatisme articulaire aigu traité par le salicylate de soude. — 7° M. Girault : Traitement des hydropisies séreuses.

Société de médecine de Paris. — La séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le samedi 8 décembre 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Rapport de M. Charrier sur le travail lu par M. le docteur Rougon à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. — 2° Discussion sur l'ovariotomie, à propos de la communication faite par M. Polaillon. — 3° Communication de M. Dubrisay. — 4° Renouvellement du bureau pour l'année 1878.

État sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 29 novembre 1877, on a constaté 883 décès, savoir :

Fevre typhoïde, 25 décès; — rougeole, 13; — scarlatine, 3; — variole, 1; — croup, 19; — angine couenneuse, 27; — bronchite, 45; — pneumonie, 68; — diarrhée cholériforme, 10; — choléra-nostras, 0; — dysenterie, 2; — affections puerpérales, 9; — érysipèle, 3; — affections aiguës, 226; — affections chroniques, 372 (dont 158 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 34; — causes accidentelles, 26.

A Londres, du 18 au 24 novembre 1877, on a compté 1,571 décès.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

THÉRAPEUTIQUE

LA MÉTHODE RÉFRIGÉRANTE DEVANT LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 mai 1877,

Par le docteur Maurice RAYNAUD, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Messieurs,

Au point où en est arrivée la discussion, et surtout après la communication si pleine de mesure et de ferme bon sens qui vous a été faite dans la dernière séance par mon collègue et ami M. Féréol, il me reste vraiment peu de chose à dire, et je me serais même abstenu de prendre la parole, si je n'avais pas été directement et itérativement mis en cause par M. Peter; il me semble que je dois à un contradicteur de sa valeur, et que je me dois aussi à moi-même, de fournir au moins quelques explications sur les opinions que j'ai formulées à plusieurs reprises touchant la valeur des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, et, avant tout, sur l'esprit qui m'a guidé dans les applications cliniques que j'ai faites de cette méthode.

Toutefois, je veux immédiatement circonscrire le champ dans lequel je désire me mouvoir. Je ne reviendrai pas, à moins d'y être provoqué, sur les points de détail qui ont été si vivement controversés devant vous, et au sujet desquels, ou bien l'opinion de la Société doit être faite à l'heure qu'il est, ou bien elle ne le sera jamais. Je ne relèverai pas non plus quelques inexactitudes qui ont échappé à M. Peter, dans la manière dont il a rapporté mes paroles et interprété ma pensée. Quoique j'aie l'habitude, je crois, de chercher à ne dire que ce que je veux dire, je n'aurai point l'outrecuidance de commenter mes propres paroles comme on le fait d'un texte dont on veut discuter le sens ou l'authenticité.

Mais il est pourtant un point sur lequel il m'est impossible de passer condamnation : c'est la question de doctrine et de méthode, sur laquelle a porté l'argumentation de mon honorable collègue, c'est le procès de tendances qu'il a fait à plusieurs d'entre nous, et à moi très-particulièrement. Ce sont ces reproches (dont je me plais d'ailleurs à reconnaître toute la cordiale courtoisie) que je voudrais relever devant vous; et, à cette occasion, comme il est évident que la discussion touche à son terme, je voudrais aussi, non pas en poser les conclusions, ce qu'il ne m'appar-

---

FEUILLETON

CAUSERIES

En ce temps-là, le café Procope était fréquenté, le soir, par de jeunes médecins, des chefs de clinique, prosecteurs ou aides d'anatomie de la Faculté, par des internes distingués des hôpitaux, voire même par quelques agrégés qui, tous, venaient prendre leur demi-tasse de café, sans petit verre — et même le café était presque toujours tempéré par un nuage de *crème* assez épais. On ne consommait alors ni bocks, ni bitter, ni vermouth, ni absinthe dans ce café, ou plutôt dans ce salon de bonne compagnie, où l'on se réunissait pour le plaisir de se voir, et pour prendre part à des conversations intéressantes et instructives. C'est là que, vers 1834 ou 1835, j'ai connu Barth. Il était alors, autant qu'il m'en souvienne, chef de clinique de Chomel, et préparait les élèves aux pratiques de l'auscultation et de la percussion.

Je n'écris pas la biographie de Barth; je le pourrais que je ne le ferais pas, tant je craindrais d'enlever un trait à la notice que M. H. Roger se propose de lire mardi prochain, à l'Académie, sur l'ami qui laisse un si grand vide dans son existence. La seule chose que je veuille rappeler ici, c'est que, dès cette époque, Barth jouissait parmi nous, ses camarades un peu étourdis, d'une réputation de sagesse, de réserve, de régularité de vie et de mœurs, d'une décence de langage et d'une dignité de tenue que nous aurions dû tous imiter. Aussi, l'appelions-nous déjà : l'austère Barth. Et toutes ces belles et hippocratiques qualités, *de decenti ornatu*, Barth les a conservées jusqu'à la fin. Néanmoins, quelle bonté! quelle indulgence! non, par exemple, pour l'erreur consciente et de mauvaise foi. Il était intraitable sur les man-

tient pas de faire, mais chercher, dans la mesure de mes forces, à tirer la moralité qui se dégage de ce long débat.

Je dois vous avouer, Messieurs, que j'ai été fort surpris lorsque je me suis vu accusé (en assez bonne compagnie, du reste) de faire de l'*ontologie médicale*. En plongeant un certain nombre de mes malades dans l'eau plus ou moins froide ou tiède, j'avais cru faire acte de baigneur..... Pas du tout, il paraît que je faisais de l'ontologie ! Je puis bien vous assurer, Messieurs, que je le faisais, comme M. Jourdain sa prose, sans le savoir. A entendre M. Peter, l'*hyperthermie* que nous nous efforçons de combattre, et qui, dit-il, serait pour nous un monstre, cette hyperthermie est tout simplement « une chimère. » Ce sont ses propres expressions. C'est encore (je continue à le citer) une *abstraction d'abstraction*. Voyez, je vous prie, la conséquence : dans cette échelle ascendante d'abstractions, — abstraction paraissant être, dans l'esprit de notre collègue, synonyme de chimère, — le degré supérieur serait occupé par l'hyperthermie, et le degré inférieur par quoi ? Vous ne vous y attendiez guère : par la dothiénentérie elle-même ; celle-ci deviendrait ainsi une manière d'abstraction et presque une chimère, ce qui serait assurément fort désirable pour les malades, mais ce que l'expérience ne confirme guère, puisqu'elle nous la montre au contraire comme une triste réalité, contre laquelle viennent échouer trop souvent nos armes thérapeutiques les plus puissantes..... y compris les bains froids eux-mêmes !

Nous voilà donc atteints et convaincus d'être des gens chimériques, et pour peu l'on nous ferait passer pour des « abstracteurs de quintessences » de l'école de celui dont parle Rabelais, qui avait écrit un livre sous ce titre fantastique : *Utrum Chimera, in vacuo bombinans, possit comedere secundas intentiones.*

Eh bien, Messieurs, voilà une situation que nous ne saurions accepter. Quel que puisse être le bien ou mal fondé de nos visées thérapeutiques, nous prétendons être des médecins qui regardent, qui observent, qui expérimentent au besoin, qui peuvent se tromper sans doute, mais qui, dans tous les cas, font de la médecine au lit du malade et non dans les nuages ; ce que l'on nous reproche comme de l'abstraction, nous disons que c'est tout simplement de l'analyse, appliquée aux conditions pathogéniques où se produisent les phénomènes morbides que nous avons à combattre.

Mais si cette accusation d'ontologie m'a bien étonné en elle-même, je dois ajouter que c'est particulièrement de la part de M. Peter que je ne l'attendais pas.

Ce mot, vous le savez en effet, Messieurs, marque une date en médecine, et

---

quements à l'honnêteté, et incapable d'une action répréhensible, il s'indignait contre l'improbité scientifique et le charlatanisme professionnel.

Barth a inspiré de nombreuses, de vives et de durables amitiés. Sa liaison avec Henri Roger est devenue légendaire. Barth et Roger, ces deux noms sont devenus inséparables, comme ceux de Montaigne et de La Boëtie; aussi, aujourd'hui que son La Boëtie est mort, Henri Roger peut répéter ces paroles touchantes de Montaigne, par lesquelles l'amitié ne s'est jamais exprimée d'une façon plus charmante :

« Si on me presse de dire pourquoi je l'aymois, je sens que cela ne se peult exprimer qu'en repondant, « parce que c'estoit luy, parce que c'estoit moy. » Il y a, au delà de tout mon discours et de ce que j'en puis dire particulièrement, je ne sais quelle force inexplicable et fatale, médiatrice de cette union. Nous nous cherchions avant de nous estre vus, et par des rapports que nous oyions l'un de l'autre, qui faisoient en nostre affection plus d'effort que ne porte la raison des rapports ; je crois par quelqu'ordonnance du ciel. Nous nous embrassions par nos noms : et à notre première rencontre, qui fut par hazard en une grande feste et compaignie de ville, nous nous trouvâmes si prins, si cogneus, si obligez entre nous, que rien dez lors ne nous feut si proche que l'un à l'autre. »

Je ne sais si les choses se sont ainsi passées pour Barth et Roger, mais il paraît certain que ces deux âmes si bien faites pour s'entendre devaient se rencontrer.

Je dois laisser à son ami et collaborateur l'énumération et l'appréciation des travaux de Barth, œuvre considérable qui lui a donné, parmi ses contemporains, une notoriété de premier ordre, et qui fera vivre son nom dans l'histoire de la science. Barth était le consultant des diagnostics difficiles. Il est peu, bien peu de praticiens de Paris qui n'aient eu recours à ses lumières, et qui n'aient abrité leur responsabilité derrière sa légitime renommée. Le monde mé-

rappelle immédiatement à l'esprit le souvenir du systématique célèbre qui l'introduisit comme un engin de guerre dans le langage médical, à une époque de luttes doctrinales ardentes et passionnées.

Au sens étymologique, *ontologie* veut dire science de l'être, ou des êtres. Il a été en effet, et légitimement, employé dans ces deux sens. Ainsi, Flourens a écrit un livre d'histoire naturelle intitulé : *Ontologie,* entendant par là les êtres organisés, qui faisaient l'objet de son étude.— Mais l'ontologie a aussi et surtout un sens philosophique : elle sert alors à désigner la connaissance de l'être en soi, de la substance dégagée de tout alliage contingent, réduite à ses conditions idéales et primordiales, et comme telle, envisagée en tant que source première et point de départ fixe de ce que les philosophes appellent les idées nécessaires. Employé dans ce sens transcendant, le mot d'ontologie remonte, si je ne me trompe, à l'école d'Alexandrie. C'est dans les ouvrages de Porphyre, de Plotin, que l'on en trouverait les origines. A l'époque moderne, il occupe une large place dans les travaux philosophiques de Kant; et, comme les écrits du philosophe de Kœnigsberg étaient fort en vogue parmi nous vers le temps de la Restauration, le même mot, servant à désigner la même chose, se retrouve fréquemment sous la plume des métaphysiciens d'alors, Maine de Biran, Royer-Collard, Cousin.

Si c'était ici le lieu et le moment, j'aimerais à vous montrer que l'ontologie, ainsi entendue, n'est pas tant à dédaigner, que les grands esprits dont je viens de prononcer les noms, et qui l'ont cultivée avec ardeur, ne se sont pas fourvoyés au point de ne saisir qu'une ombre en croyant atteindre une réalité, et qu'enfin c'est bien dans le domaine philosophique que l'ontologie a sa raison d'être, puisque, en définitive, elle est le fondement, et si j'ose ainsi parler, la substance même de la première, de la plus difficile, mais aussi de la plus indispensable des sciences, la métaphysique.

Ah ! c'est justement là, Messieurs, ce qui l'avait signalée à l'intraitable animadversion de Broussais. Non-seulement Broussais avait horreur de la métaphysique, en quoi il était dans son rôle de matérialiste ; non-seulement toute idée métaphysique était pour lui un leurre et une chimère, mais, par un singulier artifice de controverse, qui n'était pas, il faut le dire, d'une irréprochable honnêteté, il avait le talent de faire rentrer dans la métaphysique et dans l'ontologie tout ce qui avait le don de lui déplaire. Vous savez à quel point il avait fait table rase de toute espèce d'entité morbide. Quiconque admettait l'existence d'*une maladie* dans le sens vul-

---

dical a placé Barth aux premiers rangs des anatomo-pathologistes de l'époque. Aussi, lorsque, à la retraite de Cruveilhier, la chaire d'anatomie pathologique devint vacante à la Faculté de Paris, il se présenta au nombre des compétiteurs et exprima son espoir de l'obtenir. Il échoua, et cet échec lui fut extrêmement sensible. Ironie du sort! L'heureux vainqueur, dans cette lutte, portait un cordon du poêle aux funérailles de Barth.

Aux obsèques de Barth, la députation de la Faculté de médecine était en robe ; pourquoi celle de l'Académie de médecine, tout au moins les membres du bureau, n'étaient-ils pas en costume? Pourquoi l'Académie a-t-elle un costume, si elle ne s'en revêt pas aux funérailles de ses membres? Aux funérailles des membres de l'Institut, la députation est toujours revêtue de son costume officiel.

Le fatal voyage de Rome a été certainement la cause première de la mort de Barth. Il y a contracté une fièvre d'automne à caractère pernicieux, syncopale, qu'il a résisté longtemps à combattre, et malgré les pressantes instances de ses amis, ses médecins, par le sel quinique. Il s'y est joint un petit épanchement pleurétique qui ne s'est pas résorbé. Ajoutons que Barth était parti dans de mauvaises conditions morales. La mort de M. Thiers, dont il était autant l'ami que le médecin, l'avait profondément affligé, et le chagrin est une des grandes causes d'affaiblissement, il donne lieu à l'imminence morbide. Durant sa maladie, d'autres tristesses l'attendaient qui, sur cette âme sensible et cette nature émotive, ont dû avoir une fâcheuse influence. Ni l'affection de ses amis ni la tendresse de ses proches n'ont pu le distraire de la douleur que lui a occasionnée une cruelle ingratitude. Jetons un voile sur des actes profondément regrettables et sur des procédés assurément bien inattendus.

Nous étions, Barth et moi, les derniers survivants de ce groupe médical qui se réunissait tous les soirs, de sept à neuf heures, au café Procope. Lenoir, mort ; Grisolle, mort ; Valleix,

gaire où nous l'entendons tous, dans celui que la tradition et le bon sens médical ont accepté de tout temps, quiconque, par exemple, reconnaissait une apparence de réalité à la variole, à la syphilis, au rhumatisme, était censé admettre une chimère, et flétri du nom d'ontologiste. Bien plus, quiconque admettait *une lésion*, entendue autrement que comme conséquence directe de l'irritation, le tubercule par exemple, ainsi qu'avait le malheur de le faire Laënnec, était condamné irrémissiblement et sans appel, pour crime d'ontologie.

En elle-même déjà, l'application de ce mot aux choses de la médecine eût constitué un grave et dangereux abus ; la médecine est, en effet, une science d'observation, dans laquelle il y a place malheureusement pour la vérité et pour l'erreur, où la vérité gît dans l'exactitude des faits observés, et où l'erreur, lorsquelle s'y rencontre, n'a pas besoin d'un nom d'emprunt pour être désignée. Mais on peut affirmer que Broussais a poussé cet abus jusqu'aux limites de l'absurde, et qu'il s'est chargé lui-même d'enlever à jamais tout crédit et toute valeur à cette appellation sommaire et dédaigneuse, dans laquelle il prétendait englober toute doctrine assez osée pour se dresser en face de la sienne. Disons-le donc franchement : l'ontologie n'ayant jamais eu en médecine d'autre sens valablement reconnu que celui que je viens d'esquisser, n'en a plus aucun aujourd'hui, et doit être définitivement reléguée, avec la gastro-entérite, telle du moins qu'on l'entendait alors, avec l'irritation et la folie, et autres oripeaux depuis longtemps démodés, dans le magasin aux accessoires de la médecine physiologique.

Si je rappelle ces choses, c'est que M. Peter, qui sait tout cela aussi bien que moi, semblerait, par cet anachronisme, perdre de vue des principes de pathologie générale qui ne lui sont pas moins chers qu'à moi-même, et sur lesquels je suis convaincu qu'il ne nous sera pas difficile de nous entendre. Il s'honore, avec juste raison, d'être l'élève d'un homme qu'il a appelé, — avec quelque exagération, je le crois, mais enfin avec une exagération bien facile à comprendre et à excuser de la part d'un disciple reconnaissant, — qu'il a appelé, dis-je, le plus grand clinicien des temps modernes, et qui était incontestablement un esprit éminent. Or, quelle est, s'il vous plaît, je dis au point de vue de la doctrine, quelle est la véritable gloire de Trousseau ? C'est d'avoir, plus que personne, contribué à ressusciter et à mettre dans tout son jour l'idée de la spécificité morbide, compromise non-seulement par les négations hautaines de l'école du Val-de-Grâce, mais par les excès de l'école anatomo-pathologique, qui, à force de considérer la lésion en elle-même, avait

---

mort; Antoine Andral, mort; Vidal (de Cassis), mort; Fontan, mort, et tous ces amis disparus avant l'âge, à l'exception de Barth qui a atteint sa 72e année. C'est bien le cas de me chanter à moi-même cette vieille chanson :

La Tour, prends garde (*bis*),

d'autant plus qu'elle n'est guère solide, ma tour.

Que de bonnes causettes dans ces réunions vespérales! Vidal et Grisolle étaient surtout les conteurs écoutés et recherchés. Voici que me revient une anecdote racontée par Grisolle. Il avait à Paris un oncle, membre de l'Académie française, Renouard, l'auteur des *Templiers*. C'était un caractère assez original et qui aimait à rire avec son jeune neveu. Quelque temps après son arrivée à Paris, dans une visite que Grisolle fit à son oncle, celui-ci lui demande :

— As-tu une maîtresse ?

— Non, mon oncle.

— Tu fais bien, vois-tu, ça empêche de travailler; ça fait perdre du temps. Tu fais bien, tu fais bien.

L'année suivante, toujours dans une de ses visites, l'oncle demande au neveu :

— As-tu une maîtresse?

— Oui, mon oncle.

— Tu fais bien; il faut te distraire un peu; l'esprit a besoin de diversion. Tu fais bien, tu fais bien.

A quelque temps de là, nouvelle interrogation de l'oncle au neveu :

— Tu as toujours ta maîtresse ?

fini par perdre de vue la maladie qui l'engendre et lui sert de support nécessaire ; c'est d'avoir montré qu'il n'y a pas une inflammation toujours une et identique à elle-même, mais bien des inflammations, entre lesquelles existent non-seulement des différences de degré, mais des différences de nature ; c'est, en un mot, d'avoir, au grand profit de la pratique, reconstitué la notion de la maladie, envisagée dans son unité indissoluble, et étudiée dans ce que l'on pourrait appeler la logique vivante de son évolution.

Ce n'est pas moi, Messieurs, qui contesterai sur ce point les mérites de Trousseau. Mais ne croyez-vous pas que, ce faisant, il se fût attiré de la part de Broussais de vertes semonces ? Ne croyez-vous pas, par exemple, qu'en affirmant, comme il l'a fait maintes et maintes fois, la spécificité de la diphthérie, il se fût immanquablement fait taxer d'ontologie ?

M. Peter, et je l'en félicite, n'a jamais, que je sache, renié sur ce point les enseignements de son illustre maître. Bien plus, il va plus loin que lui, à quelques égards, et ce que Trousseau avait affirmé surtout des maladies dites spécifiques, M. Peter, si je l'ai bien compris, le généraliserait volontiers, et l'étendrait à la pathologie tout entière. Il est, en particulier, un mot qu'il affectionne, qui revient fréquemment sur ses lèvres, et que vous avez entendu prononcer comme moi, dans sa première communication, quoique je ne le retrouve plus dans son discours écrit. Ce mot est celui-ci : *le plan morbide*. Ainsi, il ne nie pas, bien entendu, l'hyperthermie en fait ; il ne nie pas que le thermomètre puisse monter jusqu'à 41 degrés et au delà. Mais il ne s'en inquiète pas autrement : cette augmentation de température *est dans le plan morbide* de la fièvre typhoïde.

Le plan morbide, Messieurs ! Mais qu'est-ce que cela, le plan morbide ?

Si je ne me trompe, voici ce que notre savant collègue entend par là ; il pense que non-seulement la maladie a sa constitution propre, son autonomie, sa raison d'être, mais qu'elle est conçue et construite selon un certain ordre préétabli ; qu'elle repose sur des bases fixes et sur des assises successives dont on peut étudier la superposition ; qu'elle se décompose en un certain nombre de subdivisions ou, si vous le voulez, de compartiments harmonieusement agencés entre eux, qui la font ressembler à un édifice établi avec art ; à quoi il faut ajouter que chaque maladie a son plan distinct, et que c'est par là, par la différence de leurs plans, que les maladies se catégorisent et se séparent les unes des autres.

— Oui, mon oncle.

— Est-elle jolie ?

— Je la trouve à mon goût.

— Eh bien, fais-moi déjeuner avec elle ; je vous attends jeudi, à onze heures, chez Champeaux, place de la Bourse.

Ce qui fut dit, fut fait.

Faut-il m'excuser auprès de vous, austère lecteur, de chercher à oublier les tristesses du temps et les afflictions présentes ?

Alors je m'excuse. D[r] SIMPLICE.

Éphémérides Médicales. — 8 DÉCEMBRE 1597.

Marc Miron, premier médecin de Henri IV, est dispensé par la Faculté de disputer à son rang dans les Écoles. Les statuts s'opposaient absolument à ce genre de faveur ; mais Miron avait écrit une lettre si touchante à l'École, que les docteurs se départirent de leur sévérité à son profit. On peut lire cette lettre dans le tome IX, fol. 35, v°, des Registres-Commentaires. — A. CH.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 10 décembre 1877, à 3 heures précises, au Palais de Justice.

Ordre du jour : I. Élections pour le renouvellement du bureau. — II. Élection pour un membre honoraire. — III. Fracture d'origine syphilitique chez un nouveau-né, par M. Polaillon. — IV. Discussion sur les aliénés dangereux. — V. Discussion sur la crémation. — VI. Sur les ecchymoses sous-pleurales, par M. Legroux. — VII. Assassin pédéraste, par M. Masbrenier. — VIII. Étude médico-légale sur les anesthésiques, par M. Lutaud.

Il y aurait peut-être une manière plus philosophique de présenter la même idée. Le plan est le fait, non de la maladie, mais de l'économie vivante qui la conçoit et qui l'élabore. On en admet implicitement l'existence toutes les fois que l'on parle, dans le langage usuel, de la *structure* du corps humain. Je ne ferai, pour ma part, aucune difficulté pour reconnaître ici un plan, voire même un architecte, car vous savez que je ne suis pas de ceux qui reculent devant cette conséquence. Seulement, et c'est sur ce point que porte ma remarque, bien différent de nos plans à nous, qui sont faits une fois pour toutes et ont la fixité pour loi, le plan de l'organisme humain est doué d'une certaine élasticité qui lui permet de se prêter à une multitude de circonstances extra-physiologiques, de résister aux agressions extérieures qui menacent son intégrité, de réparer même les avaries; de sorte que, possédant en lui-même un principe de régularité admirable, il communique encore une régularité d'emprunt aux perturbations plus ou moins durables ou profondes dont il peut être le théâtre, et trouve le moyen, en définitive, selon une phrase célèbre mais trop rarement justifiée, de faire de l'ordre avec du désordre.

Au surplus, quelle que soit l'interprétation que l'on préfère adopter sur ces questions, qui touchent aux points les plus ardus de la philosophie médicale, je répète que, dans ses grandes lignes, l'idée est juste, et que je l'accepte, quoique je la croie susceptible d'être exprimée plus heureusement.

Mais, pour le coup, voilà de l'ontologie! voilà de l'abstraction au premier chef, et si je voulais retourner l'argument, je pourrais bien dire à M. Peter: ontologiste vous-même!

Car enfin, il faut arriver à quelque chose de pratique. Quand je saurai que l'hyperthermie est dans le plan morbide de la fièvre typhoïde, me voilà bien avancé! Encore m'importe-t-il de savoir si elle y occupe le rang d'un gros mur ou d'une maîtresse poutre, ou bien celui d'une mince cloison ou d'un simple ornement architectural. — Parlons sans métaphore; j'ai constaté l'hyperthermie, voilà qui est bien; je veux savoir quelle en est l'importance, la valeur, la signification diagnostique et pronostique.

(*A suivre dans un prochain numéro.*)

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

PRÉCIS CLINIQUE ET PRATIQUE DE CHIRURGIE SPÉCIALE, par le docteur BORLÉE, professeur à l'Université de Liége. Bruxelles, Henri Manceaux.

Cet exposé très-complet de chirurgie spéciale se recommande, quoique venant de l'étranger, par des qualités toutes françaises; il est clairement pensé et élégamment écrit; la mémoire en conserve une empreinte nette et d'un tracé harmonique; c'est le plus grand éloge qu'on puisse exprimer d'un ouvrage d'enseignement. Enserré entre le désir de ne rien omettre d'important et la nécessité d'être compris et suivi sans grand effort, M. Borlée a réussi à faire un livre tout à la fois solide et facile. Les dissertations n'en brisent pas les grandes lignes et l'arrangement général seul suffit à mettre en lumière les sommets. La clinique y règne en maîtresse; c'est bien le malade que l'auteur retourne et panse sous nos yeux, renvoyant ailleurs pour les recherches minutieuses de laboratoire.

Enfin, ce *Précis de chirurgie*, dans ces proportions modestes, est pourtant très-pratique, moins en nous apportant du secours dans l'embarras d'un cas déterminé, que parce qu'il assied bien notre jugement et nous porte à penser chirurgicalement avec correction.

Ajoutons que les maladies des yeux ont été traitées avec une ferveur qu'expliquent les aptitudes particulières du professeur Borlée.

AIDE-MÉMOIRE DU MÉDECIN MILITAIRE, par Émile HERMANT, médecin de régiment dans l'armée belge. Bruxelles, Muquardt; — Paris, Dumaine.

Voilà un livre dont il serait difficile de dire quelque chose, parce qu'il le faudrait raconter tout entier. C'est un résumé, presque un formulaire. Nous pouvons en énoncer le titre, numérer ses chapitres, en marquer les qualités, il faut lire le reste dans ses pages. L'auteur a pris son bien un peu partout; nous sommes loin de nous en plaindre; réunissant ce qui a été écrit sur la matière, il en a fait comme un faisceau tordu en corde. Ce livre manquait, et

nous lui prédisons un grand succès. Depuis quelques années, il souffle un grand vent de guerre, et avec l'organisation militaire actuelle, nous serons tous forcés de mettre la main à la pâte que nous pétriront les événements.

En 1870, je me suis enquis en librairie d'un manuel qui m'eût donné assez complètes les notions spéciales de circonstance. Je ne trouvai rien dans ma mémoire où mon bagage pût s'accommoder sans encombre. Le petit livre que j'ai sous les yeux a été écrit en partie sous l'impression et avec l'enseignement de la guerre de 1870, par un homme du métier, instruit, impartial et en bonne place.

Revue critique de médecine et de chirurgie pratiques, par le docteur O. Du Vivier (de Liége). Paris, Masson.

L'éditeur Masson vient de réunir en un volume élégant, cartonné à l'anglaise, les articles de critique médicale les plus récents que le docteur Du Vivier a publiés dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*. Ces pages sont écrites avec une grande vigueur d'appréciation et un entrain de plume rare en pareil sujet.

Tout en rendant justice à l'impartialité de ces notes, nous ne pouvons pas en donner le détail; nous voulons cependant citer quelques lignes de la préface, déposition d'un témoin sur les tendances actuelles de la science chez nos voisins les Belges :

« Depuis l'intrusion des idées allemandes dans nos Universités, la clinique est de plus en « plus désertée pour la culture des sciences afférentes à la médecine, des sciences de labora- « toire. C'est en vain que nous demandons des remplaçants pour les vrais cliniciens qui ont « été la gloire de la médecine belge. Nous avons beau regarder de tous côtés, nous ne voyons « partout que des iatrophysiciens, des iatrochimistes ; en un mot, des médecins naturalistes. »

Dr R. H.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 3 décembre 1877. — Présidence de M. Péligot.

L'Académie a procédé, par la voie du scrutin, à l'élection d'un associé étranger, en remplacement de M. de Baër.

Sur 52 votants, M. William Thompson a obtenu 27 suffrages et M. Van Beneden 25. M. W. Thompson est nommé.

L'élection a offert cette particularité que les voix se sont constamment partagées entre les deux candidats, alternativement appelés depuis 1 jusqu'à 25. Les deux derniers bulletins désignant M. Thompson ont seuls décidé la majorité. Jusque-là, les chances étaient régulièrement égales.

M. le professeur Barthélemy, de Toulouse, envoie une note sur la respiration des plantes ; — et M. Jablochkoff une note concernant les améliorations qui résultent de la substitution du charbon aux éléments métalliques dans la construction des appareils d'éclairage électrique.

M. le docteur Prosper de Pietra Santa offre en hommage à l'Académie les premières publications de la Société française d'hygiène.

M. Fremy, en son nom et au nom de M. Feil, met sous les yeux de l'Académie de magnifiques échantillons de corindon, de rubis et de saphir obtenus artificiellement, au moyen de la cristallisation de l'alumine.

M. Pasteur dépose sur le bureau une réponse de M. Gayon à MM. Béchamp et Lesage, à propos de l'altération des œufs.

Parlons du téléphone, et insérons d'abord une note de M. G. Trouvé concernant une modification qui perfectionnerait singulièrement l'appareil de M. Bell.

« L'ingénieux instrument de M. Bell, dit M. Trouvé, ne transmet la voix sur les lignes ordinaires qu'à des distances relativement courtes, par suite de la faiblesse des courants produits par le manipulateur. Nos expériences ont eu pour but de remédier à cet inconvénient, en renforçant les courants transmetteurs dans des proportions illimitées, afin de pouvoir communiquer à la même distance que le télégraphe ordinaire.

Nous avons substitué, à la membrane unique du téléphone de M. Bell, une chambre cubique, dont chaque face, à l'exception d'une, est constituée par une membrane vibrante. Chacune de ces membranes, mise en vibration par le même son, influence un aimant fixe, également muni d'un circuit électrique. De cette sorte, en associant tous les courants engendrés par ces aimants, on obtient une intensité unique qui croît proportionnellement au nombre des aimants influencés. On peut remplacer le cube par un polyèdre dont les faces

seront formées d'un nombre indéfini de membranes vibrantes, afin d'obtenir l'intensité voulue.

Supposons maintenant une ligne établie, sur laquelle nous disposons un téléphone semblable à celui que nous venons de décrire, et divisons les membranes et les aimants en deux séries, dont les eff rts sont totalisés en deux parties différentes, c'est-à-dire que les circuits des aimants soient réunis par moitié, de manière que, lorsqu'on prononcera une note sur un pareil système placé sur une ligne télégraphique, cette note envoie des courants sur le même fil en sens différent.

On conçoit dès lors que, si une dépêche est envoyée et reçue par l'employé correspondant, cet employé, pour la transmettre, n'a qu'à prononcer la même note et les mêmes phrases; mais, en même temps qu'elle est envoyée au poste suivant, elle est également retournée comme contrôle au poste de départ, par suite de la disposition de nos deux séries. On a ainsi le contrôle le plus efficace qu'on puisse désirer.

Un simple commutateur permet de faire agir la totalité des efforts du manipulateur sur une seule membrane du récepteur.

Ce système, exécuté en petit, nous a donné, avec notre matériel déjà existant de télégraphie militaire, le meilleur et le plus rapide de tous les télégraphes. »

Grâce à l'obligeance parfaite de M. Bontemps, qui dirige les expériences de téléphonie à l'administration centrale de la rue de Grenelle, il m'a été donné de tenir dans ma main et sur mon oreille, et d'entendre fonctionner ce merveilleux appareil du téléphone.

Je l'ai décrit dans mon précédent bulletin. J'y reviens pour ceux de mes lecteurs qui n'auraient pas bien saisi la disposition si simple de l'instrument. Celui que j'ai eu à ma disposition est le téléphone du docteur Graham Bell. Qu'on se figure un stéthoscope court, de 10 à 12 centimètres de long, et d'une largeur double du stéthoscope ordinaire. Qu'on enlève la plaque horizontale sur laquelle l'oreille se pose. Il restera une tige verticale terminée à l'un des bouts par un entonnoir. Au fond de cet entonnoir est fixée, par un de ses côtés, une lame circulaire de tôle mince qui vibre librement lorsqu'on parle, ou qu'on chante, ou qu'on siffle, ou qu'on fait un bruit quelconque dans son voisinage. Un aimant, gros comme un crayon et moitié moins long, est contenu dans la tige du stéthoscope, et sa partie supérieure s'arrête à quelque distance de la plaque vibrante, avec laquelle il n'a, d'ailleurs, aucun contact. L'extrémité de l'aimant, de ce côté, est entourée d'une bobine d'induction; à l'autre extrémité sont attachés les fils métalliques qui établissent la communication avec un autre instrument semblable tenu par la personne avec laquelle il s'agit de correspondre.

Lorsqu'on parle au-dessus de l'entonnoir, la plaque de tôle, qui est au fond, vibre; en vibrant, elle s'approche et s'éloigne alternativement du pôle de l'aimant, et, à chaque mouvement, elle change la distribution magnétique de cet aimant. Il en résulte des courants induits qui prennent naissance dans le fil de la bobine, et dont l'intensité est exactement proportionnelle à l'amplitude des vibrations. Ces courants, transmis par les fils conducteurs dans la bobine d'un appareil identique, placé à une distance quelconque, produisent dans l'aimant de ce second appareil des variations magnétiques, absolument égales, et, par conséquent, des vibrations mathématiquement correspondantes dans la plaque de tôle située au-dessus de l'aimant, vibrations qui, perçues par l'oreille, reproduisent à leur tour la voix ou le bruit qui a été leur cause initiale. C'est tellement simple que s'en est miraculeux. Les journaux anglais, le *Morning Post*, entre autres, ont annoncé qu'on avait correspondu, le 13 novembre dernier, au moyen du téléphone, entre Saint-Margaret's Bay, sur la côté anglaise, et Sangatte, sur la côte française, c'est-à-dire à une distance de 34 kilomètres. Les expériences auxquelles j'ai assisté avaient lieu entre le n° 107 de la rue de Grenelle et le bureau télégraphique de l'avenue de Breteuil, soit une distance de 1,200 mètres seulement. M. Bontemps m'a dit avoir causé avec un interlocuteur à la distance de 5,000 mètres. Mais je ne veux parler que de ce que j'ai entendu moi-même. Or, j'ai entendu très-distinctement la personne qui était avenue de Breteuil, répondre aux questions qui lui étaient posées; je l'ai entendue chanter les airs qu'on lui demandait; j'ai entendu deux personnes chanter ensemble et siffler en duo. La première partie d'un article de journal a été lue par une personne, et la seconde partie par une autre, et j'ai pu constater que les voix étaient différentes. L'instrument transmet donc non-seulement la voix, mais le timbre de la voix.

Si l'occasion m'en était offerte de nouveau, — ce que j'espère et ce que je souhaite vivement, — je voudrais prier le correspondant éloigné de placer le téléphone sur la région du cœur, et je suis persuadé que j'en entendrais les battements d'une façon assez distincte pour porter un diagnostic. Ce serait de l'auscultation prodigieusement médiate... et discrète. Ce jour-là, je me propose de demander à M. G. Trouvé son appareil de renforcement, et je suis bien sûr qu'il ne me le refusera pas. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 octobre 1877. — Présidence de M. Géry.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le docteur Perrin, chargé avec son collègue, M. le docteur Polaillon, d'expérimenter des tubes de vaccin animal adressé à la Société par le Comité de vaccine de Naples, lit le rapport suivant :

Messieurs, au mois de janvier dernier, le Comité de vaccine animale, récemment institué à Naples, a adressé à notre Société quelques tubes de vaccin conservé par une méthode particulière due au docteur Margotta, mais que celui-ci, paraît-il, n'a pas cru devoir faire connaître jusqu'à présent.

Dans sa lettre d'envoi, le Comité affirmait que, grâce au mode de conservation précité, les *micrococchi*, au lieu de se détruire, se multipliaient, accroissant ainsi l'efficacité du vaccin d'inoculation; que ce vaccin en tube a donné des résultats positifs au bout d'une année (1). Le Comité napolitain ajoutait qu'il serait heureux que la Société de médecine de Paris voulût bien expérimenter le vaccin animal contenu dans lesdits tubes, et lui transmettre en même temps le résultat de ses observations.

En conformité du vœu qui précède, la Société a chargé deux de ses membres, MM. Polaillon et Perrin, de vouloir bien procéder aux essais d'inoculation auxquels on la conviait. Pour apprécier plus sûrement le degré d'efficacité des tubes de vaccin animal conservé qui leur ont été remis, les commissaires ont pensé qu'il y aurait utilité de laisser s'écouler quelques mois avant de procéder expérimentalement aux inoculations proposées. Il n'a donc été procédé auxdites inoculations que six mois après l'envoi par le Comité napolitain des tubes en question, qui, suivant sa propre déclaration, s'étaient montrés efficaces même au bout d'une année.

Les résultats obtenus n'ont point confirmé cette assertion. En effet, l'un de nous, M. le docteur Polaillon, a vacciné dans son service de la Maternité, le 27 août dernier, 3 enfants nouveau-nés; et, le lendemain, 28 août, il en a vacciné 2 autres. Il a fait trois piqûres à un seul bras sur chacun de ces 3 enfants. Il a suivi ces inoculations avec soin; aucune rougeur, aucun bouton ne s'est développé au niveau des piqûres. Les résultats ont été absolument négatifs. Aussi n'a-t-il pas cru devoir vacciner un plus grand nombre d'enfants, convaincu de la nullité des inoculations avec le vaccin mis en expérimentation, et, d'autre part, du danger de priver ces mêmes enfants, pendant la durée de leur séjour à la Maternité, des bénéfices de la vaccination ordinaire.

Vers la même époque, d'autres inoculations tentées avec le même vaccin, dans le service de M. le professeur Parrot, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, ont également été négatives. Ces inoculations ont été confiées par le rapporteur, avec l'agrément empressé de M. le professeur Parrot, à l'interne du service, M. Cuffer, lauréat distingué des hôpitaux.

Voici la note qui nous a été adressée par M. Cuffer :

« J'ai vacciné avec l'un des tubes 12 enfants; à chacun j'ai fait six piqûres. Je n'ai obtenu « aucun résultat. Il n'y a pas même eu de fausse vaccine. Ainsi, avec le premier tube, 12 « enfants vaccinés, 72 piqûres; résultat absolument nul.

« Avec le deuxième et le troisième tube, j'ai de nouveau vacciné une série de 12 enfants. « J'ai fait d'abord une partie de ces vaccinations moi-même; puis, voyant que les résultats « étaient encore négatifs avec le deuxième tube, j'ai fait pratiquer les autres par un de mes « collègues avec le vaccin du dernier tube. Il n'y a pas eu de résultat meilleur. De telle sorte « que sur 144 piqûres, aucune, en définitive, n'a réussi. »

Tels sont les résultats des inoculations qui ont été tentées. Ces résultats, on le voit, ont été absolument négatifs. L'efficacité du vaccin conservé que le Comité napolitain a adressé à la Société s'est donc montrée entièrement en défaut après une période de six mois, à partir de la récolte et de la préparation du susdit vaccin. Par des circonstances indépendantes de notre volonté, il ne nous a pas été possible, ce que nous avions un instant projeté, d'échelonner de mois en mois les inoculations que nous avions pratiquées; ce mode de procéder nous aurait permis de comparer le degré relatif d'efficacité du même vaccin, mis ainsi en expérience chaque mois.

Peut-être nos confrères napolitains nous reprocheront-ils d'avoir procédé aux inoculations dont il s'agit par le procédé des piqûres, au lieu de recourir à la méthode des incisions em-

(1) « . . . . . Con quel metodo, i micrococchi in luogo di distruggere : si multiplicano, accrescendo la efficacia al vaccino d'inoculazione; ed il vaccino contenuto in tubi, ha dato felici risultamenti dopo l'elasso di circa un anno. »

ployées à Naples? Nous répondrons à cette objection que le mode opératoire usité en France, si tant est qu'il soit inférieur réellement au procédé napolitain, ne l'est pas sûrement au point d'infirmer les résultats négatifs que nous avons invariablement constatés chez nos 31 enfants nouveau-nés.

En réponse à la lettre du Comité napolitain de vaccine animale, la commission exprime le vœu qu'un extrait du présent rapport soit adressé audit Comité.

M. Polaillon, à la suite de cette lecture, fait remarquer que, dans les inoculations qu'il a pratiquées lui-même, tout en ne recourant pas au procédé de l'incision, « il a, du moins, opéré de la façon la plus favorable au succès, puisqu'il a eu soin de déposer d'abord la gouttelette vaccinale sur la peau avant de faire la piqûre qui devait assurer la pénétration du liquide. On ne peut donc pas dire qu'une quantité insuffisante de vaccin ait été par là introduite; et, par conséquent, la valeur de la conclusion est absolument ferme. »

—

M. Gillette rapporte l'histoire d'un malade à qui il a réussi à enlever un corps étranger du rectum, de grandes dimensions. C'est une portion de *manche de pelle* à enfourner le pain, de 22 centim. de longueur sur 4 centim. de diamètre. Ce corps étranger a pu séjourner pendant cinq jours dans le rectum et l'S iliaque sans déterminer aucun accident. M. Gillette l'a extrait, à Beaujon, à l'aide de tenettes à calcul vésical; le malade est sorti entièrement guéri.

M. Géry, relevant quelques-unes des particularités relatives à un autre cas, qu'il a eu lui-même l'occasion d'observer avec M. Gillette, et auquel son collègue a fait allusion incidemment (*queue de billard* introduite violemment dans l'anus au moment où l'acrobate voulait sauter par-dessus), fait remarquer que, dans le second cas, il s'est agi d'un véritable empalement aigu (si l'on peut ainsi dire), et non pas chronique, comme dans le cas que M. Gillette a récemment observé. Aussi les conséquences n'ont-elles pas été les mêmes.

M. de Beauvais appuie la manière de voir de M. Géry, et cite en outre, sommairement, le cas d'un malheureux qu'il avait eu autrefois pour surveillant au collége, et que, plus tard, M. Blanche et lui eurent l'occasion de retrouver dans le service de Chomel, où Jobert fut appelé pour lui extraire, à l'aide du forceps, une *chope de bière* qui s'était fragmentée dans le rectum et avait donné lieu à des accidents terribles. Le malade était, du reste, depuis longtemps adonné à la pédérastie.

M. Perrin demande à M. Gillette si, dans le cas dont il a entretenu aujourd'hui la Société, la palpation de l'abdomen a été pratiquée, et si elle fournissait quelque indication relativement au diagnostic du degré de pénétration du corps étranger dans l'intestin.

M. Blondeau cite le cas d'un homme qui s'était introduit dans le rectum un grand flacon (à eau de Cologne) dont la partie la plus élevée se sentait très-bien dans la fosse iliaque gauche, d'où on parvint à le repousser vers en bas; tandis que, par le toucher rectal, il était inaccessible.

M. de Beauvais demande à M. Gillette comment la défécation s'effectuait chez son malade.

M. Gillette répond que, tant que le corps étranger est resté dans le rectum, il n'y a pas eu de défécation. Le malade n'a éprouvé en tout, comme accident pendant le long séjour du corps étranger, qu'un peu d'incontinence d'urine.

M. Blondeau fait remarquer que des corps étrangers, même assez volumineux, peuvent impunément séjourner dans le rectum, ainsi que cela résulte des notions acquises à la pratique par l'emploi méthodique du compresseur, recommandé par Trousseau dans le traitement des pertes séminales.

M. Polaillon cite, à son tour, le cas d'un jeune enfant d'un an, chez qui la canule d'un irrigateur, s'étant détachée, était restée perdue dans le rectum, qui l'avait en quelque sorte déglutie. C'était à peine si le toucher rectal, pratiqué jusqu'à 0m06 de profondeur, permettait d'arriver jusqu'à elle, tant le corps étranger, dont la forme était d'ailleurs très-favorable à cette ascension, avait atteint déjà un niveau élevé. M. Polaillon n'a pas voulu faire « inutilement » usage de lavements, et il s'est servi simplement d'une pince dont l'une des deux branches, seulement introduite, lui a permis de ramener doucement le corps étranger vers en bas, où il a pu le saisir ensuite facilement.

—

M. Blondeau communique, en quelques mots, la relation d'un cas d'hémorrhagie nasale, qu'il a eu l'occasion de voir se produire récemment chez un goutteux. Le malade avait perdu déjà deux litres de sang, et avait eu une syncope, à la suite de laquelle l'hémorrhagie s'était arrêtée. Cependant, huit jours plus tard, une nouvelle hémorrhagie nasale se produisit, et le

malade avait même avalé déjà beaucoup de sang, quand M. Blondeau arriva. N'ayant pas de sonde de Belloc à sa disposition pour pratiquer un tamponnement méthodiquement, M. Blondeau fit usage d'injections à l'eau froide, additionnée de perchlorure de fer; puis, en face de leur inefficacité, il tenta l'application d'un ruban de fil, étroitement serré autour de la partie moyenne de la cuisse; et, aussitôt après, il eut la satisfaction de voir l'hémorrhagie nasale s'arrêter rapidement. Le lendemain, l'écoulement de sang n'ayant pas reparu, le lien fut enlevé, et, peu de temps après, l'hémorrhagie reparaissait. Une nouvelle application fut, comme la première fois, promptement suivie d'un heureux résultat; et puis, le lien ayant été de nouveau enlevé, le sang revint encore, jusqu'à ce que, finalement, après une série de plusieurs de ces alternances, l'hémorrhagie cessât complétement.

M. de Beauvais se souvient d'un cas, également heureux par l'issue, dans lequel un confrère, ancien interne des hôpitaux, a employé devant lui le même moyen, qui paraît agir à la façon de la ventouse Junod.

Dans deux autres cas, M. de Beauvais a eu à se louer de l'administration de l'ergotine, donnée à la dose de 4 grammes en quelques heures.

M. Blondeau, dans le cas dont il a parlé, avait vainement employé la teinture d'ergot de seigle, qui, pourtant, est si efficace dans le traitement des métrorrhagies, contre lesquelles on pourrait presque dire qu'elle est infaillible.

M. Dubrisay croit que, sous ce rapport, il serait sage, pourtant, de ne pas trop généraliser. Il cite deux cas, notamment, dans lesquels le médicament, employé soit en injections sous-cutanées, soit même en injections pratiquées jusque dans le col utérin lui-même, n'a pas donné le succès attendu.

M. Blondeau n'accepte pas la responsabilité du mot infaillible, pour tous les cas de métrorrhagie. Les cas dans lesquels le médicament possède une incomparable efficacité, sont seulement ceux dans lesquels l'utérus est dans un état de gravidité quelconque, normale ou pathologique, comme lorsqu'il renferme des myomes, et que ses fibres musculaires sont très-développées.

M. Polaillon appuie ce que vient de dire M. Blondeau, et, insistant sur la condition anatomique que vient de rappeler son collègue, il pense qu'elle est absolument indispensable pour que l'ergot et l'ergotine puissent agir efficacement. Dans les cas, comme ceux de cancer et de métrite où cette condition fait défaut, leur action est nulle, au contraire, et c'est alors qu'on recourt plus utilement, suivant les indications particulières, aux bains et aux divers émollients, aux applications d'eau très-chaude sur les reins, au tamponnement, etc.

M. Reliquet signale incidemment les bons effets qu'on obtient de l'emploi de l'ergotine dans le traitement des hémorrhagies vésicales; question de pratique, très-importante, à laquelle il consacrera prochainement une étude approfondie devant la Société.

M. Perrin croit avoir entendu M. Dubrisay dire, sans y insister, que l'ergotine pouvait avoir une action toxique. C'est là peut-être une opinion discutable, et, malgré la valeur des remarques qui ont pu la motiver, il conviendrait peut-être de ne pas s'abstenir de la relever; car, personnellement, M. Perrin a souvent employé l'ergotine Bonjean, sans avoir eu jamais rien à regretter.

M. Dubrisay n'a voulu parler que de la teinture d'ergot de seigle, et non pas de l'ergotine (de Bonjean), qu'il n'emploie plus, parce qu'il ne l'a jamais vue réussir.

M. Blondeau, sur la demande de M. Géry, dit que la solution dont il se sert pour les injections dans la trame des tissus, d'après la formule de M. Moutard-Martin, se compose de : eau 15 gr., ergotine 2 grammes, glycérine 15 grammes; dont on injecte seulement la valeur d'une seringue à la fois. Mais du reste, ajoute M. Blondeau, d'une manière générale, on peut dire que l'ergot est d'un emploi beaucoup plus sûr que l'ergotine.

M. de Ranse appuie de quelques mots l'exactitude de cette dernière remarque.

M. Delasiauve rappelle, incidemment, les avantages qu'il a toujours obtenus de l'emploi du tannin, dans le traitement des pertes utérines abondantes, et, dans des cas beaucoup moins importants, où les règles sont seulement plus abondantes qu'il ne convient, il a vu ces dernières rentrer très-rapidement dans des limites normales, à la suite de l'administration de 0 gr. 15 à 0 gr. 20 de tannin, par jour, dans une potion.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr O. Larcher.

FORMULAIRE

Traitement de la leucorrhée. — Courty.

On lotionne le vagin avec des injections astringentes, puis on le badigeonne avec une solution de nitrate d'argent au 30e. On se sert pour cela du spéculum, et on répète l'opération trois fois par semaine.

On peut également, tous les deux ou trois jours, et après une lotion préalable, introduire dans le vagin un fort tampon de coton, d'abord mouillé avec de l'eau chaude et bien exprimé, puis imbibé du glycéré au tannin de Demarquay (tannin, de 2 à 8 gr.; glycérine, 30 gr.).

En tête du traitement général de la leucorrhée chronique, l'auteur place les reconstituants, l'alimentation analeptique, les toniques, le quinquina, le fer, le séjour à la campagne, et surtout le changement de climat. — Les balsamiques, la tisane de bourgeons de sapin, les pilules de térébenthine, l'eau de goudron coupée avec du vin, aux repas, agissent favorablement sur la leucorrhée, comme sur tous les flux. — Aux femmes chlorotiques, on prescrit avantageusement les bains ferrugineux naturels; au plus grand nombre, on conseille les eaux alcalines, et surtout les eaux sulfureuses et les bains de mer. L'utilité de l'hydrothérapie est surtout incontestable, et, dans certains cas, on fait précéder les douches froides de bains de vapeur, qui substituent la transpiration cutanée au flux leucorrhéique. — N. G.

COURRIER

Des infanticides par omission. — M. le docteur Barbier vient de publier sous ce titre, dans le *Lyon médical*, un article ému, dont nous reproduisons la plus grande partie :

« Ma commune comptait, dit-il, au commencement du présent mois, environ 100 enfants entre 0 et 3 ans. A ce jour, il en manque *quatorze* que nous avons enterrés... ; à ce train-là, le reliquat ne durera pas jusqu'à la Saint-Sylvestre... Et l'on se demande pourquoi la France se dépeuple!

« De quoi meurent-ils donc, ces enfants que nous voyons tomber comme les mouches de l'automne? D'une fièvre catarrhale épidémique peu grave par elle-même, et dont les soins de rigueur font bonne et prompte justice. J'ai guéri tous les miens, et je mets en fait que, si ces 14 petits êtres avaient été traités convenablement, la moitié d'entre eux, les trois quarts, et peut-être *tous*, eussent vécu plus ou moins longuement, et utilement pour leurs contemporains; mais bah! comment faire comprendre à certaines femmes que l'infanticide est coupable, aussi bien par *omission* que par *commission?...* Je ne vois qu'une différence entre les deux, c'est qu'il manque au premier des *gendarmes*... Ah! s'il y avait des gendarmes dans cette affaire, les choses se passeraient autrement, et voilà pourquoi je demande leur intervention, comme en Angleterre, où le traitement des contaminés, en temps d'épidémie, est *obligatoire* en même temps que *gratuit*.

« Dans nos campagnes, sur *six* enfants on en donne *un* au médecin, *deux* au pharmacien et *trois* à la *natura medicatrix*, la priant... (tout bas) *de ne pas trop se presser à guérir* ces petits êtres, qui... seront bien plus heureux dans l'autre monde... « Ces *bonnes* mères ne savent pas dissimuler la satisfaction qu'elles éprouvent à apprendre de notre bouche que leur petit malade est perdu! » (Munaret). Et, en attendant, la France se dépeuple, tandis qu'on peut supputer le jour où nos voisins, débordant de leur pays comme l'eau d'un vase trop plein, nous envahiront et rompront nos rangs rien qu'en jouant des coudes.

« Le moraliste déplore la diminution de natalité; le philanthrope pleure l'augmentation de la mortalité, « *le massacre des innocents* »; et nous, médecins, n'aurons-nous donc rien à dire, ni à faire?... Si bien, et j'ouvre la marche.

« L'incurie des parents tient à des causes complexes, mais avant tout à une *question d'argent*. Tranchons-la, cette question, et à l'avenir les conseils de révision auront moins de besogne, croyez-moi.

« Si l'on ne peut forcer les mères de famille à faire traiter leurs enfants malades à leurs frais, que du moins il ne leur en coûte aucun débours. Pour cela faire, il suffit d'inscrire tous les enfants (sans exception) jusqu'à l'âge de 5 ou 7 ans (?...) sur les listes du *service médical gratuit* des médecins cantonaux, et c'est tout. Faute d'un collyre de 12 *sous*, j'ai vu des enfants devenir aveugles..., et vous aussi, n'est-ce pas, mes chers confrères? La vertu est une belle chose, mais l'intérêt passe tout! »

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

THÉRAPEUTIQUE

LA MÉTHODE RÉFRIGÉRANTE DEVANT LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE [1];

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 mai 1877,

Par le docteur Maurice RAYNAUD, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Ce qui m'a paru grave dans l'argumentation de M. Peter, c'est qu'il semble mettre sur le même rang des choses à mon avis fort différentes, et qui méritent d'être distinguées. Pour lui, l'hyperthermie n'est qu'un des éléments de la fièvre typhoïde arrivée à un certain degré d'intensité, et cela au même titre que le délire, que les fuliginosités nasales, que la sécheresse de la langue, que les soubresauts des tendons. Mais êtes-vous bien sûr que ces divers éléments, qu'il vous convient en ce moment de placer sur la même ligne pour les besoins de votre cause, aient en effet la même gravité, la même signification? Non, vous avez un sens médical trop droit pour le soutenir. Vous admettez certainement des degrés. Du moment qu'il y a des degrés, quel est celui auquel vous placez l'hyperthermie? Cette question est capitale.

M. Peter a discuté devant vous la question, selon moi beaucoup moins intéressante, de savoir si l'on est très-malade parce qu'on a une température élevée, ou si l'on a une température élevée parce qu'on est très-malade. Il se prononce pour la seconde alternative, et il pense tirer de là un argument victorieux contre la valeur de l'hyperthermie. Je ne voudrais pas le contrarier pour si peu. Ce n'est pas qu'à la rigueur quelque esprit pointu ne pût lui répondre à son tour que le fébricitant n'est très-malade que parce qu'il a pris la dothiénentérie, que sans cette dothiénentérie il ne serait pas malade, etc.; et l'on pourrait ainsi continuer pendant une demi-heure sans que la question eût fait un seul pas. Convenez, Messieurs, que ce serait là du byzantinisme pur, et que nous pourrions rouler ainsi dans un cercle sans fin.

Quel est, au demeurant, le rôle de la science? C'est, une maladie étant donnée, de chercher à démêler, non pas quelle en est l'essence intime, le plus souvent inaccessible à nos moyens de recherche, mais par quel mécanisme, par quel enchaînement de conséquences secondaires, l'économie placée sous cette influence nouvelle

(1) Suite. — Voir l'UNION MÉDICALE du 8 décembre.

FEUILLETON

LA TÊTE DE BICHAT

devant la Société anthropologique; et les localisations cérébrales.

Les discussions récentes de l'Académie de médecine sur les localisations cérébrales reportent ma pensée sur quelques souvenirs d'un passé, déjà très-loin de nous, et que je demande la permission de communiquer aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE. Quelques remarques préliminaires sur le système nerveux ne paraîtront pas déplacées.

Avec la double nature de l'homme, physique et morale, on peut se représenter l'organisme comme un char harmonieux, conduit par un coursier intelligent. Ce char est animé par le principe de vie; ce coursier est un esprit, caché il est vrai, mais aussi évident que ce corps et ces organes qu'il façonne pour son usage, avec cet art admirable dont il a le secret. Inséparables dans la course éphémère de la vie, ils se prêtent un mutuel appui; ils exercent l'un sur l'autre une influence réciproque, croissent, agissent, déclinent ensemble. La naissance et la mort sont les deux grands mystères de la science surnaturelle.

Cuvier a dit avec une grande justesse que le système nerveux est l'animal tout entier. Oui, ce système est le caractère essentiel qui sépare l'animal de la plante. Il y a, dans le végétal, une respiration, une circulation, une absorption, une exhalation, des sécrétions curieuses, des sexes distincts; mais les espèces les plus rares sont dépourvues des rudiments de l'appareil nerveux, qu'on rencontre jusque dans la classe des zoophytes et des infusoires. Chose remarquable, cependant! à certains égards la plante a, sur l'animal, sur l'homme lui-même,

passe de l'état de fonctionnement régulier des organes jusqu'à des altérations destructives de la vie. La science fait, en agissant ainsi, ce que fait l'ouvrier qui démonte une machine pour en connaître le défaut, et ce n'est pas pure affaire de curiosité ; tout au contraire, cette recherche a un but essentiellement pratique, car c'est là que gît l'indication.

Dans l'état actuel de nos connaissances, avons-nous le moyen de pénétrer la cause originelle de la fièvre typhoïde ? La discussion actuellement ouverte à l'Académie sur un point très-limité de cette question n'est guère de nature à en faire entrevoir la solution prochaine. Avons-nous davantage le moyen d'atteindre directement la fièvre typhoïde, comme nous atteignons la fièvre intermittente avec le quinquina ? Si M. Peter connaissait ce moyen, il ne voudrait certainement pas mettre la lumière sous le boisseau. Que nous reste-t-il donc ?

Il nous reste le choix entre trois choses : ou bien l'empirisme, dans ce qu'il a de plus grossier, marchant au hasard et à l'aveugle, et dont notre collègue ne veut pas plus que moi ;

Ou bien l'abstention thérapeutique complète, je ne dis pas l'expectation. Oh ! pour l'expectation, nous en faisons tous à l'occasion, et il faut bien reconnaître que c'est souvent ce que nous faisons de mieux ; mais l'expectation, veuillez bien le remarquer, a un caractère essentiellement provisoire. Elle n'est pas le parti pris de ne point agir, mais la résolution de n'agir que lorsqu'il sera nécessaire. L'expectation est, en médecine, ce qu'est en politique la neutralité armée. Je reste l'arme au bras, mais je veille, et, à la moindre manifestation hostile, je me tiens prêt à agir et à repousser au besoin la force par la force. Telle est l'expectation. Quant à l'abstention systématique, qui consiste à se croiser les bras quoi qu'il arrive, il faut l'appeler par son nom : c'est une abdication.

Comme dernière alternative, il nous reste enfin la médecine rationnelle, celle que j'appellerai la médecine éternelle, la médecine des indications.

Eh bien, Messieurs, la question, toute la question se ramène à savoir si, oui ou non, l'hyperthermie peut être une source d'indications, et si, dans quelques cas, cette source d'indications acquiert une telle importance qu'elle prime toutes les autres. En est-il ainsi ?

Non, suivant M. Peter ; car évidemment une chimère ne peut être une source d'indications.

Oui, suivant ceux qui pensent, et je suis du nombre, que l'hyperthermie, observée

---

une prééminence spéciale; fille de l'air et de la terre, elle vit à leurs dépens; seule entre tous les êtres, elle s'assimile les corps inorganiques, et puis, véritable Providence, elle prodigue à plusieurs espèces animales une nourriture abondante; elle fournit à l'homme des vêtements pour le garantir des injures de l'air et lui procure l'aliment du feu, sans lequel la moitié de la terre lui serait fermée.

Le système nerveux étant donc le caractère essentiel de l'animalité, c'est en lui que le physiologiste doit chercher l'origine des facultés refusées à la plante, et qu'on remarque à des degrés si divers dans la série animale. Et non-seulement il exerce un pouvoir modificateur sur la respiration, sur la calorification, sur les sécrétions, en un mot sur tous les actes de la vie organique, sur l'homme sain et malade, mais encore il est le principe des fonctions sensorielles et de ces deux merveilleux attributs : sentir et se mouvoir; enfin, il est le siége des instincts, des passions et des facultés intellectuelles.

Malgré ses progrès, combien de lacunes encore dans l'étude du système nerveux ! Toutefois, la pathologie, comme la physiologie expérimentale, prouvent que ces fonctions, que ces propriétés, essentiellement distinctes, ont un siége et des organes distincts, indépendants les uns des autres. Haller, l'un des premiers, avait cherché à localiser les diverses régions de l'encéphale, et, dans le tome IV[e] de ses *Éléments de physiologie,* il se demande si chaque faculté de l'âme n'a pas dans ce viscère un département différent : « Puisque, ajoute-t-il, les nerfs de la vue, de l'olfaction, de l'ouïe proviennent de diverses parties du cerveau, de certaines proéminences, il a paru raisonnable de placer dans ces régions et ces éminences le siége des sensations que chaque nerf reçoit. » Mais Haller ne tarde pas à prévenir qu'il ne faut point se fier aux théories et à quelques apparences, et qu'il n'est pas permis, avec un semblant de vérité, d'adopter les hypothèses contenues dans les nombreux écrits des phy-

à sa place et à son rang dans l'ensemble des phénomènes morbides, nous livre le mécanisme principal (je ne dis pas le seul) de la léthalité de la fièvre typhoïde.

Mon Dieu, Messieurs, de même qu'il y a une manière de grouper les chiffres, il y a aussi, en pathologie, une manière de grouper les faits, avec laquelle on arrive à faire perdre de vue les vérités les plus claires. Il suffit pour cela de glisser sur les faits qui constituent la règle, et de mettre en relief les exceptions.

Sans nul doute, je serai le premier à le reconnaître, l'hyperthermie n'est pas dans la fièvre typhoïde l'élément indispensable, la condition *sine qua non* de la gravité du mal, et il est hors de toute contestation qu'il y a des morts sans hyperthermie. Notre collègue M. Vallin a eu raison, dans ces dernières années, d'insister fortement sur ces formes presque apyrétiques, *ambulatoires*, comme disent les Allemands, de la fièvre typhoïde, dans lesquelles la mort, et une mort souvent fort imprévue, vient terminer la maladie, sans que la température se soit écartée très-sensiblement de son chiffre normal.

C'est à un cas de ce genre que j'ai dû tout récemment, et de la façon la plus malheureuse, l'occasion de présenter à l'Académie une pièce anatomique fort instructive pour l'histoire de la tarsalgie des adolescents. Une jeune fille de 18 ans se présente dans mon service pour s'y faire traiter de cette affection à la fois si bénigne et si douloureuse. Sous l'influence du repos et des vésicatoires, les douleurs plantaires ne tardent pas à s'amender; au moment où j'allais lui signer son *exeat*, elle est prise d'une fièvre typhoïde, probablement contractée à l'hôpital, et tellement légère que je ne me décide à en admettre l'existence que lorsque des taches rosées bien évidentes sont venues lever tous les doutes. La maladie évolue de la manière la plus simple. La température, observée dès le premier jour, oscille entre 37° le matin et 38° le soir. Une seule fois, vers le milieu du deuxième septénaire, elle monte à 35°5 dans la soirée. Le dix-neuvième jour, la malade, se sentant mieux, songe déjà à quitter l'hôpital. Ce jour-là étant jour d'entrée, elle reçoit la visite d'une tante avec laquelle elle s'entretient gaiement de sa prochaine sortie; sa tante la quitte à trois heures; elle s'endort. A trois heures et demie, elle se réveille brusquement, pousse deux ou trois soupirs et meurt subitement, avant que l'on ait eu le temps de courir chercher l'interne de garde pour lui porter secours. — Il est, je crois, assez superflu d'ajouter que, dans ce cas, il n'avait pas été question des bains froids, lesquels très-certainement, s'ils eussent été donnés, seraient aujourd'hui accusés d'avoir produit ce résultat funeste. Le traitement n'avait guère différé de l'expecta-

---

siologistes, en assignant un siége spécial à l'âme, à l'intelligence et à la mémoire. Les opinions contradictoires de ses prédécesseurs et l'absence de preuves suffisantes conduisirent Haller à conclure qu'il n'est pas permis d'attribuer au bulbe rachidien, au corps calleux, au pont de Varole, ni au cerveau, ni au cervelet, aucun usage qui ne soit commun à la masse encéphalique.

Haller n'avait qu'entrevu la vérité; combien, depuis ce grand physiologiste, la science n'a-t-elle point fait de progrès relativement aux localisations des propriétés du système nerveux! Les travaux de Ch. Bell, de Rolando, de Flourens, de Magendie, de Muller, de Longet, de Cl. Bernard, etc., prouvent avec évidence que les fonctions et les propriétés distinctes ont un siége et des organes essentiellement distincts. En tête de ces phénomènes, le sentiment et le mouvement étant des actions séparées, on devait supposer qu'il existait des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs. Or, cette vérité, admise théoriquement par Rufus (d'Ephèse), Erasistrate, Galien et Boerhaave, fut, pour la première fois, expérimentalement démontrée par Ch. Bell et puis par les physiologistes modernes, Longet en particulier. Le même phénomène se présente également dans l'encéphale. On trouve de la sensibilité dans la protubérance annulaire, dans le bulbe rachidien, dans les tubercules quadrijumeaux, tandis qu'on n'en rencontre pas dans le cervelet, dans les corps striés, dans les couches optiques, qui paraissent des organes de mouvement. Je n'examine pas si ces propriétés proviennent, chez les premiers, d'un prolongement des faisceaux postérieurs de la moelle, et, chez les seconds, du prolongement des faisceaux antérieurs. Cependant, est-ce à dire que, dans certaines circonstances, toutes les parties ne puissent devenir sensibles? Les lobes cérébraux, comme le cervelet, ont pu être coupés par tranches, brûlés et dilacérés sans que l'animal, sujet à ces mutilations, s'en aperçût; la même insensibilité a été remarquée chez l'homme dans les blessures et les

tion pure et simple. L'autopsie, faite avec grand soin, ne nous a donné que des résultats négatifs, sauf, bien entendu, en ce qui concerne les ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde. L'examen du cœur, en particulier, ainsi que celui de l'artère pulmonaire, ne nous a fourni aucun renseignement.

Voilà un fait à ajouter à ceux de M. Vallin, à d'autres semblables que notre distingué collègue M. Dieulafoy a consignés dans sa thèse inaugurale. Mais la conclusion? Que voulez-vous conclure de ce qui jusqu'ici est inexplicable? Que dire de faits rares, singuliers, foudroyants, qui ne peuvent provoquer de notre part qu'un aveu d'ignorance?

Quand on en multiplierait le nombre, cela prouverait, ce qui n'est pas en question, qu'il y a dans la fièvre typhoïde d'autres éléments funestes que l'hyperthermie, mais cela ne prouverait pas que l'hyperthermie ne soit, lorsqu'elle existe, un des éléments les plus redoutables.

Il faut prendre les choses dans leur ensemble. Pas un médecin ayant beaucoup observé, et observé sans prévention, ne me contestera que, dans la très-grande majorité des cas, la mesure du danger ne soit fournie par l'intensité de l'état fébrile, et qu'à son tour la meilleure mesure de l'intensité de l'état fébrile ne soit fournie par la température, base d'appréciation infiniment plus fixe et plus certaine que le pouls, et, à plus forte raison, que tout autre symptôme satellite de la fièvre. C'est là, ne l'oublions pas, avant tout une vérité clinique qui ne relève d'aucune théorie, mais dont, par contre, la théorie doit grandement tenir compte. De là à rechercher si la température en excès ne serait pas elle-même le mécanisme dont je parlais tout à l'heure, la cause instrumentale des accidents graves qui compliquent si souvent la fièvre typhoïde, il n'y avait évidemment qu'un pas, et c'est ce pas que la science a tenté de franchir, depuis quelques années surtout.

Je ne veux pas faire repasser sous vos yeux la longue série de preuves par lesquelles peut s'etablir cette sorte de parallélisme, journellement observé d'ailleurs, entre l'hyperthermie et la gravité de l'état général. M. Libermann s'est acquitté de cette tâche mieux que je ne le pourrais faire, et avec une compétence que vous connaissez tous.

Ces preuves sont tirées de la pathologie et de la physiologie. La pathologie, qui mérite d'être citée la première, parce que c'est elle qui nous fournit nos arguments les plus directs, montre que, toutes les fois que la température s'élève au-dessus d'un certain niveau, et *qu'elle se maintient* (cette seconde condition est essentielle) qu'elle se maintient, dis-je, un certain temps à cette hauteur, il apparaît tôt ou tard

---

opérations chirurgicales. Mais viennent certaines maladies, des douleurs aiguës se manifestent dans le cerveau, dans le cervelet; les autopsies ont prouvé que ces douleurs n'étaient pas symptomatiques, et qu'elles existaient réellement dans la substance même de ces organes, où l'on trouvait de l'inflammation, du pus ou quelque autre lésion caractéristique. Mais il faut présumer que la nature prévoyante a voulu que, dans l'état ordinaire, le cerveau comme le cœur fussent à l'abri de la douleur, afin qu'elle ne troublât pas les importantes fonctions confiées à ces organes.

Lorsqu'on étudie la physiologie du cerveau, dans lequel on comprend que résident les perceptions, les volitions, en un mot l'homme moral et intellectuel, une première observation frappe l'esprit : c'est que la plupart des organes dont on découvre les fonctions sont des organes moteurs. Dans tout mouvement, Flourens fait intervenir trois termes : les lobes cérébraux, agents de la volonté qui commande, le cervelet, qui équilibre le mouvement, la moelle épinière et les nerfs, qui l'exécutent. Entre tous ces organes, celui dont l'action se révèle avec le plus d'évidence est le bulbe rachidien. On savait, du temps de Galien, qu'au sommet de la moelle épinière, il y a une partie dont la section anéantit subitement la respiration et la vie; dans ses recherches expérimentales, Legallois localisa cette partie de la moelle allongée qui tient l'appareil respiratoire sous sa dépendance, à une petite distance du trou occipital et vers l'origine des nerfs de la huitième paire. Flourens précisa encore davantage cette observation, en fixant dans le bulbe un point qui n'est pas plus gros qu'une tête d'épingle, dont la section avec un stylet anéantit subitement la vie. Le cours des expériences entreprises sur la moelle allongée a conduit M. Claude Bernard à cette observation curieuse : la piqûre du bulbe en arrière sur le plancher du quatrième ventricule et au voisinage des

tout un groupe de symptômes graves, qui suivent l'hyperthermie comme l'ombre suit le corps, et cela, quelle que soit la maladie dont il s'agisse. Il ne me sera pas défendu de rappeler en passant que, dès 1870, je présentais ce tableau des effets de l'hyperthermie dans des leçons faites à la Faculté, et qui ont été en grande partie reproduites dans la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Hestrès.

Sans doute on peut citer, et je serais en mesure de citer moi-même des cas de fièvre typhoïde dans lesquels les malades ont pu supporter sans inconvénient majeur une température au-dessus de 41°; mais ce que l'on ne citera pas, je crois, ce sont des cas où cette température élevée ait pu persister impunément pendant plus de huit à dix jours, sans être en partie corrigée par des rémissions matinales considérables.

Ceci répond à l'argument que l'on voudrait tirer des expériences faites par M. Krishaber sur lui-même au *Hammam*, et qui ne sont guère que la reproduction des célèbres expériences de Laroche. L'expérimentateur a bien pu, par trois fois dans une journée, et avec des intervalles occupés par des douches tièdes ou froides, pénétrer dans une étuve à 80° et y rester quelques instants, jamais plus de trois quarts d'heure. Mais s'il y eût séjourné seulement les huit heures qu'il a passées dans l'établissement, il n'y a pas le moindre doute qu'il n'eût pas tardé à succomber; il eût été cuit.

Ces expériences nous mènent naturellement sur le terrain de la physiologie, ou plutôt nous y sommes déjà. Ici les preuves surabondent. Je me contenterai de vous rappeler que le même M. Vallin, qu'il m'est agréable de citer une seconde fois, a pu démontrer, dans ses intéressantes recherches sur les causes de la mort par insolation, que chez les animaux qui succombent à ce genre de mort, la lésion principale consiste dans une coagulation toute spéciale de la fibre musculaire, notamment de celle du cœur, coagulation qui n'est pas sans présenter des analogies avec ces dégénérescences vitreuses trouvées pour la première fois par Zenker dans les muscles des typhoïsants.

Je vous citerai encore les études consacrées par M. Cl. Bernard à ce même sujet dans ses belles *Leçons sur la chaleur animale, sur les effets de la chaleur et sur la fièvre*. Vous n'y trouverez pas moins de deux chapitres entiers sur ce que l'éminent physiologiste ne craint pas d'appeler l'*action toxique* de la chaleur. Cette action, il la rapproche de celle du sulfocyanure de potassium et de l'upas antiar. Il valait certes mieux citer ces expériences si concluantes, que de faire intervenir dans ce débat la fameuse colombe dont nous a parlé M. Peter, qui, étant préalablement en

---

nerfs de la huitième paire, rend les animaux diabétiques, et ce phénomène se manifeste déjà au bout d'une heure.

A l'exemple de Longet, M. Vulpian considère la protubérance annulaire comme le véritable centre perceptif des impressions sensitives; par conséquent, il n'est pas démontré, d'après ces éminents physiologistes, que la participation de l'intelligence, je dirais plutôt des lobes cérébraux, soit indispensable pour qu'il y ait sensation. Il résulte, en effet, de leurs expériences, que des lapins n'ayant ni cerveau proprement dit, ni cervelet, ni courbes optiques, et dont ils pinçaient fortement la queue, les lèvres ou les oreilles, s'agitaient fortement et poussaient des cris plaintifs. Quelque concluantes que paraissent ces expériences, on ne saurait, toutefois, en accepter toute la signification, à moins d'adopter l'opinion du savant auteur du *Traité de physiologie* : « La transformation des sensations en idées, dit Longet, est le caractère véritable de la participation du cerveau aux phénomènes de la sensibilité. »

(*A suivre.*) FOISSAC.

Éphémérides Médicales. — 14 Décembre 1775.

Henry Haguenot, professeur à l'Université de Montpellier, membre de la Société royale des sciences de Montpellier, conseiller en la cour des comptes, aides et finances, meurt à l'âge de 88 ans. On lui doit plusieurs travaux intéressants : un Mémoire sur le mouvement des intestins dans la passion iliaque; une Dissertation renfermant l'exposé de quelques expériences sur la fonte de la glace; un Mémoire sur l'hydrophobie, etc. On peut considérer aussi Haguenot comme le fondateur de la Bibliothèque de Montpellier, ses livres en ayant été le noyau primitif. — A. Ch.

état d'inanition, et par conséquent *refroidie*, n'avait rien à faire, pas même par voie de lointaine analogie, dans la question qui nous occupe en ce moment.

Messieurs, les faits auxquels je viens de faire allusion sont au nombre des mieux établis dont nous soyons redevables à la méthode expérimentale ; les nier, ce serait aller à l'encontre des acquisitions les plus positives de la science ; ne pas en tenir compte, c'est ce qui est bien difficile pour qui a pu en vérifier l'exactitude.

La conséquence à tirer de tout ceci, et que je livre à vos méditations, c'est que, pour la fièvre typhoïde comme pour toutes les maladies, il ne suffit pas d'énumérer les symptômes, il faut encore les grouper suivant leur importance. Tous n'ont pas la même valeur, ni, si j'ose ainsi parler, la même dignité pathologique. Il y a entre eux une véritable subordination. Vous savez ce qu'on entend par là en histoire naturelle. Les êtres vivants possèdent des caractères d'ordre différent, et ce qui détermine cet ordre, ce n'est pas seulement l'importance absolue de chaque caractère, c'est encore ce fait essentiel, qu'un caractère majeur étant donné, en entraîne nécessairement un certain nombre d'autres, d'un rang secondaire par rapport à lui, ce qui permet d'établir sur des bases certaines les véritables affinités des objets, et d'en faire le point de départ de la classification, ou de la méthode naturelle.

Les mêmes règles, toutes proportions gardées, sont applicables à la médecine. Là aussi il y a des symptômes majeurs, non pas seulement parce qu'ils intéressent plus ou moins directement la vie, mais parce qu'ils ont des aboutissants et comme des ramifications multiples ; là aussi il y a tel symptôme dont l'existence en entraîne forcément d'autres, qui lui sont liés de la manière la plus intime. Ceci, Messieurs, est capital, parce que c'est sur cette notion, formulée plus ou moins nettement par chacun de nous, que reposent nos inductions les plus légitimes.

M. Peter s'est fort égayé de l'assimilation qu'il lui a plu d'établir entre la sécheresse de la langue et l'hyperthermie, deux symptômes, dit-il, deux manifestations à peu près équivalentes de la fièvre typhoïde grave.

Ne parlons pas trop légèrement de la sécheresse de la langue. Il n'y a pas si petit symptôme qui n'entraîne avec lui son indication. Ici l'indication va de soi : humecter l'organe, le débarrasser des fuliginosités qui l'encroûtent. M. Piorry a rendu, selon moi, un véritable service à la pratique, en insistant sur l'importance de ces soins de garde-malade ; il a montré comment la présence, dans la bouche, de matières organiques desséchées, en état de fermentation, était souvent le grand obstacle à la perception des saveurs, et par conséquent à l'alimentation, et comment, à une certaine période de la maladie, il suffisait quelquefois de débarrasser la bouche de ces matières étrangères pour voir renaître l'appétit, précurseur de la convalescence. J'ai eu, pour ma part, depuis bien des années, l'occasion de vérifier la valeur de ce précepte, et j'en fais l'application journalière, en exigeant des religieuses de mon service une toilette minutieuse de la bouche de mes malades.

Cela dit, il n'en est pas moins vrai que la sécheresse de la langue est, au total, un mince phénomène, qui n'a pas par lui-même grande signification diagnostique ni pronostique. Et pourquoi cela ? Parce que c'est un phénomène essentiellement subordonné, lié à une diminution locale des sécrétions, qui elle-même relève de causes bien autrement profondes. De là son peu de valeur. On en pourrait dire autant, quoique à des degrés divers, et du météorisme, et du gargouillement iléo-cœcal, et de la céphalalgie, et de la fréquence du pouls elle-même. Pour chacun de ces phénomènes, nous en trouvons un autre ou plusieurs autres qui le tiennent sous leur dépendance. Or, je dis que le plus souvent (non toujours), en remontant ainsi l'échelle des subordinations symptomatiques, nous arrivons, en dernière analyse, à l'excès de chaleur, phénomène au delà duquel nous trouvons quoi ? la fièvre typhoïde elle-même, le je ne sais quoi qui constitue l'essence de la maladie, c'est-à-dire l'inconnu.

Il est accordé d'avance que le mieux serait de s'en prendre à cette cause première et de la combattre corps à corps. Mais, ne pouvant atteindre ce mieux, nous faisons encore quelque chose d'utile en combattant les phénomènes secondaires et en choisissant, comme point de mire de nos efforts, celui de ces phénomènes qui en tient

sous sa dépendance le plus grand nombre d'autres, celui qui emporte avec lui les conséquences les plus générales.

En agissant ainsi, nous ne prétendons pas faire une médication spécifique ; nous cherchons simplement à aller au plus pressé, en soustrayant la cause la plus prochaine de mort. N'est-ce pas un peu, au demeurant, ce que nous faisons lorsque nous pratiquons la trachéotomie dans le cas de croup? Certes il y a, dans la diphthérie, bien d'autres causes de danger que l'asphyxie résultant de l'obstruction du larynx par des fausses membranes; mais ce danger est d'une imminence telle, qu'il domine et absorbe tous les autres. En créant à la respiration une voie artificielle, nous n'atteignons pas directement la maladie, nous nous contentons d'empêcher le malade de mourir, laissant à la nature le temps de faire le reste. Ici l'intervention chirurgicale a une utilité plus frappante, parce qu'elle est instantanée; mais, à vrai dire, elle se continue par le séjour, quelquefois très-prolongé, de la canule dans la trachée. En somme, dans un cas c'est l'asphyxie, dans l'autre c'est l'hyperthermie que nous combattons aussi longtemps qu'il est nécessaire, par l'emploi des moyens appropriés à chacune de ces indications.

Vous me demanderez peut-être pourquoi, dès lors que j'entends ainsi l'emploi de la médication réfrigérante, je ne la préconise pas indistinctement pour tous les cas où il y a excès de température, en d'autres termes, pour toutes les maladies fébriles. A cette objection, la réponse est bien facile. C'est tout simplement, Messieurs, parce qu'il ne suffit pas de dire : température élevée, pour impliquer par là même l'idée d'une indication thérapeutique. Pour qu'il y ait indication, il faut de deux choses l'une, ou bien que la température atteigne d'emblée un chiffre énorme, immédiatement incompatible avec la vie ou la menaçant à bref délai, tel que 42° et au delà ; c'est le cas du rhumatisme cérébral, de la scarlatine, bien plus rarement de la variole ; et c'est aussi dans ces cas-là que la méthode réfrigérante peut rendre et a rendu de signalés services ; — ou bien il faut qu'une température, qui n'est plus que relativement élevée, se prolonge un certain temps. L'élément durée est ici indispensable à faire entrer en ligne de compte. Voici, par exemple, une pneumonie. Je sais que cette maladie, abandonnée à elle-même ou convenablement traitée par les moyens ordinaires, tend à entrer en défervescence du septième au neuvième jour. Pourquoi dès lors irais-je, de gaieté de cœur, exposer mon malade aux dangers que présente le froid pour les maladies de poitrine en général ? Mais je sais, par ailleurs, que ces chiffres de 39°, 40°, 40°,5, assez ordinaires dans la pneumonie, et tolérables pour l'économie pendant une période de sept ou huit jours, deviennent dangereux et quelquefois funestes lorsqu'ils se prolongent notablement au delà de ce terme, et j'agis en conséquence. Si vous voulez bien y réfléchir, Messieurs, vous verrez qu'il n'y a pas beaucoup de maladies, autres que la fièvre typhoïde, qui réalisent cette double condition du chiffre élevé de la température et de la longue durée de la chaleur fébrile ; encore le nombre s'en trouvera-t-il singulièrement réduit si l'on en retire, comme il y a lieu de le faire, les maladies qui, comme la tuberculose par exemple, se caractérisent par des lésions profondes et fatalement progressives, et dans lesquelles l'élément fébrile ne joue qu'un rôle accessoire.

Pour la fièvre typhoïde elle-même, il résulte de ce que je viens de dire que je restreins l'emploi de la balnéation aux cas seulement où il y a chaleur exagérée ; je crois, en ceci, être d'accord avec la majorité actuelle des partisans de cette méthode. Quels sont ces cas ? La question ainsi posée devient une question de fait ; c'est à l'expérience de les déterminer, car c'est elle, bien entendu, qui doit prononcer en dernier ressort.

(La fin à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE

DES ACCIDENTS, CONSIDÉRATIONS SUR LEURS CAUSES, LEURS EFFETS, ET LES MOYENS DE LES ÉVITER, par le docteur MIGNOT, médecin de l'hôpital et hospice de Chantelle, etc. In-8°; Paris, 1877. Masson, libraire.

Ce titre intrigue, mais l'épigraphe de la brochure l'explique tout de suite : *Cave ne cadas*, et les premières lignes de l'avant-propos exposent, aussi clairement que possible, le but et l'intention de l'auteur. « En observant ce qui se passait autour de moi, en lisant ce qui se passait ailleurs, j'ai toujours été frappé et attristé du résultat de certains événements imprévus, désignés sous le nom d'accidents. Tantôt, on me racontait un malheur arrivé à des personnes de ma connaissance, que j'avais vues, la veille ou le matin, pleines de santé, et dont j'apprenais la mort soudaine ; tantôt je lisais dans un journal les détails d'une catastrophe où avaient succombé plusieurs ouvriers. — A force d'entendre répéter ce triste refrain, et les réflexions non moins tristes que provoquaient de pareils récits, je me suis demandé si, au lieu d'élever des plaintes stériles sur le sort de tant de malheureuses victimes, il ne valait pas mieux chercher à nous en préserver par une étude attentive de ce qui leur était arrivé. C'est là ce qui m'a suggéré l'idée de cet ouvrage..... Etc. »

Cet opuscule est, en effet, plutôt un programme qu'un ouvrage. Avec quelques développements, il pourra devenir un bon livre d'hygiène. L'auteur y passe en revue les principaux accidents inhérents aux professsions et ceux qui peuvent atteindre le commun des hommes dans les diverses circonstances de la vie, en indiquant les moyens de les prévenir. Ainsi, le terrassier qui creuse des tranchées et qui est exposé à des éboulements sous lesquels il est si souvent enseveli ; le mineur qui arrache le minerai ou le charbon aux entrailles de la terre et dont le feu grisou, les émanations gazeuses, les inondations, compromettent si souvent l'existence et en si grand nombre ; les maçons, les charpentiers, les couvreurs, si souvent exposés aux chutes de lieux élevés ; d'autres professions encore plus ou moins dangereuses trouveraient, dans cette brochure, des conseils fort utiles, si les ouvrages de ce genre étaient lus par les intéressés. Malheureusement, il n'en est rien. L'ouvrier est, en général, indifférent, imprudent et fataliste. Ce qui est devait être, ce qui sera est écrit. Il y a du Turc et de l'Arabe dans toutes les professions manuelles. Et combien d'ouvriers encore qui reçoivent mal, très-mal, les conseils qu'on leur donne ! Tout cela ne doit pas décourager les hommes bien intentionnés, car chacun de nous ne préserverait qu'un seul de ses semblables d'un accident grave, qu'il devrait se féliciter d'avoir vécu. Répétons à tous, fatalistes, imprudents ou ignorants, cette maxime éminemment saine et chrétienne : « Aide-toi, Dieu t'aidera. »

M. Mignot décrit ensuite et voudrait prévenir les accidents de voitures, de cheval, de voyage, de navigation, par l'eau et la glace, par les gaz, par les plantes vénéneuses, par le fer, par les ballons et la navigation aérienne, par mauvaise déglutition, de chasse et de pêche, par mauvaises plaisanteries, par peur, par disputes, par les machines.

Arrêtons-nous à ce dernier mot. « Il s'agit, dit notre honoré confrère, d'une question de mort ou de blessure, c'est pourquoi je reste sévère en mes exigences. J'admire le sacrifice de la vie commandé par le devoir, mais, aux sollicitations de l'intérêt, je le refuse. Est-il une découverte ou une invention qui vaillent mieux qu'elle et méritent autant notre respect ? Le véritable progrès se montre jaloux de la ménager, que dis-je ! de l'embellir et prolonger sa durée ; c'est à ce signe qu'on le reconnaît. Si le siècle, impatient de jouir, prodigue ce nom à tout ce qui flatte sa passion ou ses caprices, je le réserve pour les améliorations qui augmentent notre bien-être et nos commodités, sans compromettre notre sécurité.

« Aux yeux de certains économistes, le progrès matériel consisterait à multiplier les machines, à remplacer la force motrice vivante par la force motrice mécanique, le bœuf et le cheval de trait, et même l'ouvrier de peine par la vapeur ou tout autre moteur physique que l'homme dirigerait, à convertir, en quelque sorte, le monde en une immense usine desservie par mille rouages, appropriés à chaque genre de travail.

« Si ce rêve se réalisait, nul doute que le nombre des accidents n'augmentât, en proportion, et que la mort par cette cause ne devînt plus fréquente.

« Une augmentation de la durée moyenne de la vie pourrait, toutefois, en même temps s'observer par suite de l'accroissement de l'aisance générale ; car le travail mécanique produit plus vite et à meilleur marché que le travail à la main les objets nécessaires à la satisfaction de nos besoins ; il dispose d'instruments supérieurs pour l'assainissement du sol et la suppression de certaines causes d'insalubrité.

« Avec son aide, l'homme mieux nourri, mieux vêtu, mieux logé, mieux soigné, donnerait moins de prise aux maladies communes ; la mortalité générale, à laquelle elles contribuent en

plus grande part que les accidents, pourrait donc aller en diminuant, et la durée de la vie s'élever, lors même que, par le fait de la multiplication des machines, le nombre des morts accidentelles augmenterait. »

Ces réflexions sont d'un esprit sage, éclairé et prudent. J'admire également celles par lesquelles l'auteur termine son opuscule :

« En pareille occurrence, persuadés que la plupart des accidents n'arrivent que par notre faute, certains moralistes pensent qu'il faut se borner à conseiller la prudence, et laisser à chacun la responsabilité de ses actes et le soin de sa destinée. C'est le système anglais, viril et un peu égoïste, le système du laisser-faire et de la non-intervention, assez bien résumé par cette farouche devise : *Garde-toi, je me garde.*

« Il en est un autre, plus humain et plus efficace. Il consiste à se porter au secours de son frère en péril, à l'éclairer s'il est ignorant, à le garantir s'il est imprudent. C'est le précepte de l'assistance mutuelle, érigé en principe de conduite et de gouvernement, notre loi à nous disciple de l'Évangile, et ministre de l'art salutaire. »

Ces bonnes et belles paroles sont tout à fait dignes d'un médecin. Ou je me trompe fort, ou j'ose assurer que M. le docteur Mignot n'a pas besoin de chercher ailleurs que dans le noble exercice de l'art de saines diversions et d'humaines émotions. — A. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 novembre 1877. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend une lettre de M. Poinsot (de Bordeaux), qui sollicite le titre de membre correspondant national.

M. le Président annonce à la Société la mort de M. Bouvier, membre honoraire.

— A propos du procès-verbal, M. Desprès n'est pas d'avis qu'il faille, dans tous les cas de mal de Pott, traiter d'emblée les maladies par l'immobilisation. Cette pratique ne peut en rien prévenir les abcès par congestion et la tuberculisation pulmonaire.

M. Verneuil pense, au contraire, que, tant qu'il ne sera pas possible d'établir un diagnostic différentiel entre un mal de Pott bénin et un mal de Pott malin, il sera toujours très-sage d'agir, dès le début, comme si l'on avait à traiter la variété la plus grave. Quant à l'influence de l'immobilisation sur les abcès par congestion, on sait que, depuis que l'on traite la coxalgie par cette méthode, on observe beaucoup moins d'abcès.

M. Desprès croit qu'il est facile de diagnostiquer les variétés grave ou bénigne du mal de Pott au début, en se fondant sur les antécédents des malades. Un enfant né de père et de mère tuberculeux ne guérira pas, tandis que le pronostic sera beaucoup moins grave si le père et la mère sont sains. M. Verneuil compare à tort la coxalgie avec le mal de Pott. L'immobilité est utile dans le traitement de la coxalgie, parce qu'on veut obtenir l'ankylose.

M. Sée considère l'immobilité comme indispensable pour la guérison du mal de Pott. Cependant, il n'hésite jamais à faire abandonner la gouttière de Bonnet dès que les petits malades sont assez guéris pour s'en passer. Le séjour à Berck est alors très-utile, mais le traitement qu'on y suit est simplement hygiénique.

M. Marjolin a vu guérir par l'immobilisation, contrairement à ce que croit M. Desprès, des enfants atteints de mal de Pott grave. Le séjour prolongé au lit n'est pour rien dans la production des méningites tuberculeuses qu'on observe quelquefois chez ces malades. Malheureusement, la pénurie de lits dans les hôpitaux d'enfants s'oppose à ce qu'on reçoive assez tôt ces petits malades et à ce qu'on les garde assez longtemps.

M. Trélat a recu de M. Dally une lettre demandant une petite rectification à la communication qu'il a faite dans la dernière séance. L'enfant qui a fait l'objet de la communication de M. Trélat n'est resté que six mois en traitement chez M. Dally.

M. Lannelongue a vu de véritables maux de Pott guérir sans suppuration. Le rôle des appareils est très-important. L'immobilisation que l'on recherche n'est pas le véritable but des appareils de contention ; ils sont destinés à maintenir les parties situées au-dessus de la gibbosité. M. Lannelongue n'admet pas les variétés bénigne et maligne du mal de Pott.

M. Guyon : Le repos est souvent une précaution indispensable à prendre. Lorsque les malades s'y soumettent, on a toutes les chances pour éviter les abcès par congestion.

M. Trélat s'associe à l'opinion de M. Lannelongue et n'admet aussi qu'une seule variété de mal de Pott. Mais il prend toujours la précaution d'immobiliser le malade.

M. Desprès n'est pas adversaire absolu de l'immobilisation, mais il la réserve pour les cas où il y a menace d'abcès.

— Il est procédé à la nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux. Sont élus : MM. Verneuil, Lucas-Championnière, M. Sée, Giraud-Teulon.

— M. Tillaux communique le fait suivant : Un homme de 33 ans, soumis à des hallucinations, voulut se suicider en s'enfonçant dans l'abdomen une aiguille longue de onze centimètres et demi. L'aiguille disparut dans l'abdomen, à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, et s'implanta dans la colonne vertébrale. M. Tillaux put l'extraire sans difficulté vingt-quatre heures après; il s'écoula quelques grains de sang, mais le malade guérit sans accident. Quels organes avaient pu être atteints par cette aiguille? M. Tillaux fit deux expériences sur des cadavres et constata sur le premier que l'aiguille avait traversé, le bord inférieur du côlon tansverse, plusieurs anses d'intestin grêle et la veine iliaque gauche; sur l'autre sujet, le côlon transverse n'était pas traversé, et l'aiguille avait glissé entre deux anses d'intestin grêle. La veine iliaque gauche était traversée. Chez le malade de son service, il n'y a eu aucun accident primitif ni secondaire. M. Tillaux se demande si ce résultat favorable ne doit pas être attribué à ce que le corps étranger n'a été retiré qu'après plusieurs heures.

M. Lannelongue préférerait agir sans retard dans un cas semblable.

M. Sée serait disposé à tenir la même conduite que M. Lannelongue.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 5 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Houel fait connaître les résultats de l'examen histologique de la tumeur présentée dans la dernière séance par M. Notta (voir le numéro du 22 novembre 1877). Cet examen a montré que cette tumeur était un angiome caverneux.

— M. de Saint-Germain, à l'occasion de la communication faite par M. Trélat dans l'avant-dernière séance (voir le numéro du 27 novembre 1877), lit un travail sur le mal de Pott et son traitement. Il fait connaître à la Société les résultats de sa pratique à l'hôpital des Enfants depuis quatre ou cinq années. Il n'est donc question, dans ce travail, que des enfants. M. de Saint-Germain conclut de ses nombreuses observations que, dans les cas où il y a douleurs et incurvation de la colonne vertébrale, il ne faut pas hésiter à prescrire l'immobilisation complète et absolue, soit à l'aide de la cuirasse, soit à l'aide de la gouttière de Bonnet, et que cette immobilisation doit être prolongée six mois, un an, quelquefois dix-huit mois. Le massage, la gymnastique, à cette période de la maladie, donnent des résultats déplorables. La gouttière de Bonnet étant un appareil très-coûteux et ne pouvant, pour cette raison, être appliquée à tous les enfants des classes pauvres, on peut la remplacer par des appareils en osier, d'une grande simplicité et très-peu chers, dont M. de Saint-Germain montre un spécimen à la Société. Lorsqu'il y a absence de douleurs, M. de Saint-Germain se contente de ce qu'il appelle l'immobilité relative obtenue à l'aide de simples corsets appropriés. Dans tous les cas, il s'est toujours très-bien trouvé de l'administration, à l'intérieur, du phosphate de chaux et de l'emploi des bains sulfureux.

En résumé, la communication de M. de Saint-Germain ne fait que confirmer les opinions émises par MM. Trélat, Verneuil, Marjolin, Lannelongue, sur la nécessité des appareils inamovibles dans le traitement du mal de Pott.

M. Marjolin fait observer que la communication de M. de Saint-Germain résume très-bien l'opinion de la majorité des membres de la Société; mais il est un point qui, dans la discussion, n'a pas été suffisamment étudié, suivant lui, c'est de déterminer exactement à quel moment il convient d'abandonner les appareils. Ce moment est celui où l'enfant entre véritablement en convalescence par le fait de la cicatrisation osseuse.

—

M. Desprès désire entretenir la Société d'un fait rare de *fistule de la trachée* consécutive à une trachéotomie. Il rappelle qu'on a, jusqu'ici, cherché à remédier à ces fistules par une opération désignée sous le nom de *bronchoplastique*. Ces faits sont extrêmement rares puisque, suivant M. Desprès, la science ne possède jusqu'ici que trois cas : l'un dû à Dupuytren, le second à Velpeau et le troisième à M. Lefort. L'opération, dans ces cas, n'a jamais réussi du premier coup, c'est-à-dire qu'il est toujours resté une petite fistule qu'on a dû traiter consécutivement par les cautérisations. Voici quels ont été les procédés mis en usage : Dupuytren disséqua les bords de la fistule et les réunit par quatre points de suture entortillée; il échoua. Velpeau tailla au devant du larynx un lambeau plus long que large et le renversa de bas en haut en le roulant sur sa face cutanée qui, par ce fait, devenait centrale

ou interne; il en fit ainsi une portion de cylindre qu'il engagea perpendiculairement jusqu'au fond de la perforation préalablement rafraîchie. Il traversa le tout avec deux longues aiguilles et termina par la suture entortillée. La réunion eut lieu presque partout, il ne resta qu'une petite fente fistuleuse qui fut fermée plus tard par un nouveau point de suture entortillée. M. Lefort employa à peu de chose près le même procédé que Velpeau; il fut également obligé de recourir consécutivement aux cautérisations, l'opération n'ayant pas complétement réussi du premier coup. Voici maintenant l'observation de M. Desprès :

Un enfant entra, au commencement de l'année 1874, dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin; il était atteint d'une angine gangréneuse pour laquelle M. Bouhy, alors interne de M. Bucquoy, dut pratiquer la trachéotomie. Il garda une canule à demeure pendant cinq mois. Le 29 août 1874, il rentra à l'hôpital dans le service de M. Desprès; à ce moment, il respirait très-bien, et M. Desprès retira la canule et laissa la plaie se fermer naturellement. Mais il fut surpris de voir que cette plaie ne se fermait pas bien; les cautérisations restèrent sans résultat. Alors, en décembre 1874, M. Desprès se décida à pratiquer l'avivement et la suture de cette plaie, qui mesurait un centimètre d'étendue; il fit cinq points de suture; celui du milieu manqua, et il resta une fistulette que les cautérisations ne parvinrent pas à fermer. Le malade quitta l'hôpital. Il y rentra en octobre 1877, et, le 3 novembre, M. Desprès fit de nouveau la réunion par deux points de suture entortillée. Le troisième jour, le point de milieu avait encore manqué. M. Desprès tenta alors d'obtenir la réunion à l'aide de la flexion forcée de la tête sur le tronc et l'application de divers appareils. Rien n'y fit. Il se décida alors à pratiquer l'opération suivante : il fit, de chaque côté de la plaie en suppuration, un pli longitudinal, très-épais, de telle sorte que la plaie se trouvait enclavée, pour ainsi dire, dans le fond de l'excavation formée par ces deux plis de la peau; il passa une seule épingle à travers le tout, et fit un seul point de suture entortillée. Sept jours après, la réunion était parfaite et complète.

M. Desprès croit que les échecs successifs qui ont été essuyés, dans ce cas, peuvent s'expliquer par l'extrême mobilité du larynx et de la trachée, montant et descendant sans cesse alternativement dans les mouvements de déglutition, dans la parole; on comprend dès lors comment toute suture faite en ce point doit échouer, si l'on ne prend pas la précaution d'immobiliser préalablement la peau qui est au devant du larynx.

M. Gillette fait remarquer qu'il y a un plus grand nombre d'observations de fistules de la trachée consécutives à la trachéotomie que ne l'a dit M. Desprès; il y a, entre autres, un cas de Dolbeau dont il n'a pas parlé.

— M. Trélat communique, en peu de mots, les deux observations suivantes : Dans la première, il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui portait sur la moitié droite du voile du palais et sur les piliers du même côté une volumineuse tumeur que M. Trélat enleva à l'aide d'une simple incision, puis par énucléation et arrachement, sans se servir d'instrument tranchant. Cette tumeur, qui a été examinée par M. Malassy, est un adéno-chondrome; elle est absolument semblable aux tumeurs de la parotide désignées sous le nom d'enchondromes ou adénomes. Cette jeune fille est aujourd'hui complétement guérie.

La seconde observation a trait à des polypes mous des fosses nasales faisant saillie derrière le voile du palais et pouvant être pris pour un polype naso-pharyngien. Cette confusion a été, en effet, plusieurs fois commise, et M. Trélat pourrait citer l'exemple d'un malade auquel on pratiqua la résection temporale du maxillaire supérieur pour enlever un de ces polypes mous des fosses nasales pris pour un polype naso-pharyngien. Ces polypes mous apparaissent habituellement chez des individus qui ont déjà eu des polypes muqueux des fosses nasales; ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, qui ne déterminent ni hémorrhagies, ni étouffements, ni aucun des symptômes graves auxquels donnent lieu les polypes naso-pharyngiens. C'est en vain qu'on cherche à les arracher par les narines; leur extraction doit être faite du côté de l'isthme du gosier; il suffit de relever le voile, d'abaisser la langue, de saisir la masse polypeuse en un point quelconque, de la tordre, et on l'arrache ainsi sans difficulté. Il est bon d'attirer l'attention sur la confusion possible de ces tumeurs avec les polypes naso-pharyngiens. *(A suivre.)*

RÉCLAMATION

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Bordeaux, 4 décembre 1877.

Monsieur le rédacteur,

On lit dans l'UNION MÉDICALE du samedi 1er décembre (Académie des sciences, 26 no-

vembre 1877), fin de la page 831 : « M. Vulpian, au nom de M. Mittaut, dépose une note relative à la consistance des organes. »

Je ne sais si M. *Mittaut* existe, mais, à coup sûr, c'est *Bitot* qu'il faut lire. Je vous prie de vouloir bien le faire remarquer à vos lecteurs.

Si vous pouviez ajouter :

Que, jusqu'à ce jour, on a été dans l'impossibilité de mesurer exactement la consistance des organes, surtout celle des plus délicats (corps vitré, pulpe nerveuse) ;

Que j'ai réalisé un instrument (le stasimètre) propre à obtenir cette mesure exacte, à dessiner la consistance, comme on dessine la température, par exemple ;

Qu'avec cet instrument je démontre, scientifiquement, la non homogénéité du corps vitré, dont la résistance diminue de la périphérie au centre, démonstration dont les conséquences théoriques, et surtout pratiques, sont sérieuses, etc.

Vous aurez doublement obligé votre bien dévoué.

D[r] Bitot,
Professeur d'anatomie à l'École de médecine de Bordeaux.

N. B. — Le travail auquel la note en question se rapporte est destiné à être publié dans les *Archives de physiologie.*

FORMULAIRE

Lotion boratée.

Borate de soude.	50 grammes.
Eau.	500 —

Faites dissoudre. — Quatre cuillerées à bouche, dans un litre d'eau chaude, en lotions, dans le prurit de la vulve ; dans le muguet des organes génitaux chez les jeunes filles ; sur les parties atteintes d'engelures.

On peut employer, dans le même but, une solution composée de :

Borate de soude.	4 à 6 grammes.
Émulsion d'amandes douces.	125 grammes. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — Les journaux de Bordeaux nous apportent la triste nouvelle de la mort d'un des médecins les plus éminents de l'époque, de M. E. Gintrac, directeur honoraire de l'École de médecine de Bordeaux, correspondant de l'Académie des sciences, membre associé national de l'Académie de médecine, et membre d'un très-grand nombre de Sociétés savantes nationales et étrangères, officier de la Légion d'honneur, etc., etc. M. Gintrac finit son existence sans avoir pu terminer le grand traité de pathologie médicale, dont sept volumes seulement ont été publiés, ouvrage très-riche d'érudition. L'Union Médicale payera son tribut de regrets et d'hommages à ce célèbre confrère.

Société médicale des hôpitaux (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 14 décembre 1877.

Ordre du jour : Observation de gangrène sèche dans un cas de fièvre typhoïde, par M. Lereboullet. — Observation de rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire observé chez une femme tuberculeuse ; pièces anatomiques, par M. Straus. — Observation d'embolies de l'artère pulmonaire ayant déterminé rapidement la mort chez une femme atteinte d'un énorme corps fibreux kystique ; pièces anatomiques, par M. Duguet. — Observation d'infarctus du cœur par oblitération d'une des artères coronaires, par M. A. Laveran.

A quatre heures trois quarts *très-précises*, réunion pour les *mutations* annuelles dans les services hospitaliers.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Huit jours après les funérailles de M. Barth, M. Henri Roger, fidèle à sa promesse, a lu un *Éloge* sur la vie et les travaux de son ami et collaborateur. Grâce à l'obligeance de l'auteur, les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont la bonne fortune de pouvoir lire aujourd'hui même ce travail que l'assistance académique a vivement applaudi. Quoique Barth ait formellement interdit tout discours sur sa tombe, et quoique ce vœu suprême ait été strictement accompli, il est probable qu'il aurait accepté la pieuse tangente par laquelle s'est échappé le cœur de son ami. Nous croyons également que c'est bien ainsi qu'il aurait voulu être loué, et nous qui partageons sur la vie posthume les espérances qu'il a manifestées à ses derniers moments, nous osons assurer que son âme a éprouvé une satisfaction inéluctable en entendant le discours touchant et ému prononcé par son ami.

Après une série de rapports sur des eaux minérales, M. le docteur Cazin, de Boulogne-sur-Mer, a communiqué une très-belle observation de gastrotomie pratiquée par lui avec succès pour un cas d'étranglement intestinal. Cette observation deviendra probablement l'occasion d'une grande discussion chirurgicale.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats dans la section de pathologie externe.

ÉLOGE DE M. BARTH PAR M. HENRI ROGER

Il y a huit jours, l'Académie de médecine menait le deuil de son illustre Président de 1872. M. Barth a voulu reposer dans l'humble cimetière de Bagneux, à une place marquée par lui, à côté d'une enfant adorée que le père courageux s'était vainement efforcé d'arracher aux étreintes du croup; par une disposition formelle, qui témoigne et de sa modestie et de sa sollicitude pour les survivants, il a refusé la solennité des adieux suprêmes : une foule émue de collègues, de confrères, d'amis, de clients reconnaissants, n'en a pas moins fait cortége au mort bien-aimé dans la voie douloureuse. Mêlant nos hommages aux tristesses de la famille, nous l'avons accompagné, silencieux et pleurants, jusqu'au lieu de la séparation éternelle, et nous lui avons fait comme un glorieux linceul de nos respects et de notre affection.

Je suis sûr de ne pas trahir les dernières intentions de M. Barth en redisant ici et ce qu'il a

---

FEUILLETON

LA VISITE DE NUIT

Il est une heure du matin. Après une journée laborieuse et une longue veillée passée à recueillir des notes, consulter vos auteurs, expédier votre correspondance, vous commencez enfin à jouir d'un repos vraiment bien mérité. Le sommeil a déjà fermé vos paupières, vous n'avez plus conscience de ce qui se passe autour de vous, la pensée fugitive s'évanouit; il vous reste seulement ce sentiment de bien-être que procure un lit chaud à des membres fatigués; quelques instants encore et vous n'appartiendrez plus à ce monde. Tout à coup votre sonnette électrique se fait entendre et vous verse dans les oreilles une cascade bruyante qui vous réveille en sursaut, comme le ferait une douche d'eau glacée sur les épaules. Si vous n'avez pas de sonnerie électrique, cher confrère, et que vous soyez un rural, vous avez bien une bonne grosse sonnette, et la sensation que vous éprouvez n'en est pas plus agréable. Vous percevez le grincement du fil de fer qui semble vous traverser la poitrine avec un mouvement de va-et-vient, et qui s'irradie jusque dans la moelle de vos os, grincement fatal, précurseur de ce bruit éclatant qui, comme un glas cruel, vient déchirer votre tympan et vous arracher brusquement aux douceurs d'un sommeil bienfaisant. Plus d'une fois n'avez-vous pas ainsi répété d'une manière peu enviable, j'en conviens, mais bien concluante, l'expérience de Maury sur les rêves? et vous avez pu vous assurer, comme il le prouve si bien, que le rêve est provoqué par une excitation de l'un des sens venue du dehors. Ne vous est-il pas arrivé alors d'assister à un drame quelconque se terminant par la course d'un individu qu'il vous

fait et ce qu'il fut, et en rappelant les services qu'il a rendus à la science et à l'Académie (ce sont les termes mêmes du décret qui le nommait, en 1873, commandeur de la Légion d'honneur). Je suis également sûr que mes louanges vraies rencontreront dans vos cœurs une vive et unanime sympathie.

Lorsque l'Académie de médecine nommait, en 1854, M. Barth dans la section d'anatomie pathologique à la presque unanimité des suffrages, elle récompensait en lui le clinicien autant que l'anatomo-pathologiste; elle ajoutait ses palmes aux couronnes remportées par M. Barth dans les luttes scientifiques. Chaque concours, en effet, avait été pour M. Barth une occasion de triomphe : concours de l'internat, concours de la médaille d'or, concours du Bureau central, il y fut toujours le premier, et toujours à la fois nommé par ses compétiteurs et par ses juges. Sa supériorité, il la devait aux qualités de son esprit et de son caractère : droiture de l'intelligence, ardeur et ténacité au travail, dévotion au devoir, compassion aux malades, et ces qualités mêmes firent de ses maîtres ses amis.

Ces maîtres, il semble qu'ils avaient été faits pour lui autant que lui pour eux : en chirurgie, ce fut Lisfranc, l'opérateur à la précision géométrique; Louis, l'esclave des faits observés, dont la devise était « regarder comme faux ce qui n'est pas vraisemblable »; Chomel, le clinicien magistral que Trousseau ne surpassa point. C'est dans leur fréquentation que se développèrent les qualités innées de M. Barth, la rigueur dans l'observation, la méthode, la logique, la puissance dans la déduction.

L'Académie récompensait encore en M. Barth l'auteur de nombreux travaux d'anatomie pathologique et de clinique, le professeur agrégé dont les fortes leçons retenaient un auditoire attentif de compatriotes et d'étrangers, le médecin d'hôpital et le praticien à la réputation constamment grandissante.

Parmi ses travaux d'anatomie morbide, je citerai les mémoires sur l'oblitération de l'aorte, sur les ruptures du cœur, sur la dilatation des bronches, qui constituent des monographies modèles. Je ne saurais non plus omettre les conférences et les cours qu'il fit, vingt années durant, avec un succès continu, soit comme conservateur du musée Dupuytren, soit comme agrégé rappelé en exercice pour suppléer Cruveilhier. La caractéristique de l'enseignement de M. Barth, c'était la rigoureuse application au diagnostic et à la prognose des données anatomiques; c'était la clinique éclairée par l'ouverture des corps; c'était une méditation sur la vie comme sur la mort, puisque, dans les lésions cadavériques, le clinicien thérapeute recherchait surtout, pour les imiter si c'était au pouvoir de l'art, les procédés que la nature emploie pour la guérison. C'est ainsi que les créateurs de l'anatomie pathologique en France, Dupuytren, Laennec, Cruveilhier, en avaient compris l'étude, et M. Barth n'aurait pas été, à l'École de Paris, leur indigne successeur.

M. Barth remplit ses fonctions d'académicien avec une scrupuleuse exactitude, avec sa

---

semble suivre jusqu'à votre porte, où il se pend à votre sonnette? Aussitôt au rêve succède la réalité. Vous ouvrez les yeux. Un second coup vous avertit que l'on est pressé, qu'il faut vous hâter. Pendant que vous vous habillez, la bise agite les persiennes, la pluie fouette contre les carreaux, le vent s'engouffre en mugissant dans la cheminée. C'est dur, mais le cas est urgent; la malade a été prise tout à coup, on ignore ce qu'elle a. Peut-être sera-t-il trop tard quand vous arriverez, car elle demeure loin. Vous vous hâtez, et déjà vous avez parcouru plus de la moitié de la route, lorsque quelqu'un vous barre le chemin; c'est le mari. — Ma femme va mieux, elle n'a plus besoin de vous, et je m'empresse de venir vous le dire pour que vous ne vous dérangiez pas. Quand ça la reprendra, je vous avertirai. — S'il vous laisse arriver chez la malade, mouillé, transi, vous trouvez une bonne grosse mère qui n'a pas du tout l'air *in extremis*, et qui vous dit d'un air de satisfaction, en promenant la main sur son ventre : — Je croyais que j'allais en mourir; je vais bien maintenant. Ça c'est dégagé pendant que l'on était à vous chercher. On passera demain chez vous. — En effet, le lendemain, la grosse femme, quand elle vient, vient vous offrir un franc. Si vous vous montrez plus exigeant, elle fait valoir que sa situation est plus que modeste, voire même précaire. — Gardez vos vingt sous, ma bonne femme, mais vous ne m'y reprendrez plus. — Vous, c'est possible, mais demain ce sera une autre, puis une autre, jusqu'à ce que le jeune médecin, ayant passé la période toujours délicate des débuts, connaisse bien son monde, et en arrive à ne plus se relever que pour des clients incapables d'abuser.

Demandez à un jeune médecin quels sont les motifs pour lesquels on le réveille la nuit, c'est toujours la même histoire. D'abord il y a le chapitre des ivrognes, puis celui des femmes nerveuses, des attaques de nerfs, des querelles conjugales, que les époux soient unis avec ou sans la permission de M. le maire. Une fois c'est un enfant dont le sommeil est si

conscience accoutumée. Il fut un rapporteur savant, impartial et bienveillant; il prit part avec une compétence spéciale, avec un talent d'orateur grave et convaincu, aux discussions sur le cancer et ses différentes espèces, sur la physiologie et la pathologie des bruits du cœur, et sur la prétendue pneumonie caséeuse.

Dans sa présidence de 1872, il se distingua par l'autorité courtoise et ferme à la fois avec laquelle il dirigeait les discussions, par son activité à susciter des travaux académiques, par l'intérêt qu'il savait faire naître dans nos séances ; et quand les communications scientifiques faisaient défaut, il apportait quelque œuvre importante, telle par exemple son histoire du *Scherlievo* de Fiume qu'il avait étudié sur place, et dont il démontra, avec dessins à l'appui, la nature spécifique. C'est aussi dans les années 1871 et 1872 qu'il lut un nombre presque invraisemblable de rapports.

Combien il était soucieux de la dignité de notre Compagnie ! Lorsque l'Académie venait de perdre un de ses membres, le président s'inquiétait des honneurs à rendre à sa mémoire, et quand le temps manquait pour trouver un panégyriste, il savait, orateur improvisé, tracer en quelques mots les principaux mérites de celui qui n'était plus, et, sur la tombe, il lui adressait un hommage qu'il a décliné pour lui-même.

Mettant au service des intérêts de notre Compagnie l'amitié du grand citoyen dont il était depuis longtemps le médecin, il aurait obtenu de M. Thiers (n'eût été la pénurie des finances de la République), un logement digne de l'Académie; il aurait obtenu ce palais promis, dont nous n'avons, aujourd'hui que la France est plus riche, ni la première pierre ni même le terrain ; au moins est-ce surtout aux sollicitations instantes de M. Barth que l'Académie a vu son budget presque doublé.

La vie publique, extérieure, de M. Barth, vous l'avez connue et appréciée; qu'il me soit permis de vous le faire mieux connaître dans sa vie intime. Toutes les passions nobles emplissaient son âme ; souverainement vrai, il apportait même conscience dans ses écrits, dans ses opinions, dans ses actes; sa droiture était égale et dans ses sentiments et dans sa conduite ; le savant et l'homme avaient même logique.

M. Barth avait la passion de l'équité : dans les concours où il était juge, jamais la faveur, ni même l'amitié, ne prévalaient contre le mérite ; et, dans les élections académiques, fidèle en ses promesses, il était plus prompt à tenir sa parole qu'à la donner; jamais il ne se laissa aller à l'injustice : il aurait mieux aimé en souffrir que la commettre.

Il avait aussi la passion de l'honnête : ennemi du charlatanisme, jamais il ne consentit à compromettre son honneur avec des charlatans, il refusait toute consultation comme tout rapport avec eux; la déontologie médicale n'a pas eu de plus rigide observateur ni de plus vigilant gardien.

Aucun ne fut plus jaloux de la dignité de la profession : non-seulement il en avait le sentiment le plus élevé et la pratique la plus constante, mais encore il n'y tolérait pas la moindre

---

calme, si tranquille, qu'il ne serait pas mauvais de savoir ce qu'en pense le médecin; une autre fois, c'est pour avoir votre avis dans le cours d'une maladie, à l'insu du médecin ordinaire, avec lequel on n'ose pas vous appeler en consultation, et l'on prétexte qu'il n'est pas chez lui.

Jusqu'à une vieille marquise qui, une nuit, envoie chercher son médecin, à deux lieues s'il vous plaît, pour sa chère Orly. La vilaine petite bête, trompant la vigilante sollicitude de sa maîtresse, n'avait-elle pas été rôder dans les cuisines, où on l'avait retrouvée se régalant dans le panier aux ordures. Habituée à ne vivre que de biscuits, cette sordide nourriture lui avait donné une horrible indigestion. C'eût été vraiment dommage qu'il lui prît mal, une si adorable petite chienne !

Dans les campagnes, comme le jour on est occupé aux travaux des champs, pour ne pas perdre de temps on vient chercher le médecin la nuit. Cependant il y a des gens de bonne foi qui le croient tellement habitué à cet exercice, qu'ils ne supposent même pas qu'il puisse lui coûter. Quelqu'un me disait un jour d'un air étonné : — Il paraît que vous n'aimez pas être réveillé la nuit. — Et vous, est-ce que vous aimez cela? — Non. — Eh bien, pourquoi voudriez-vous que ce me fût agréable? — J'ai connu une famille très-honorable, très-bien élevée qui, pour un rien, envoyait chercher, la nuit, son médecin, un vieillard qui, du reste, trouvait cela tout naturel. Maintenant ils le laissent dormir, depuis que je leur ai fait sentir ce que ce procédé avait de vraiment barbare. Ils n'y avaient même pas songé. Un jour, on carillonnait à ma porte à une heure du matin pour me prier d'aller voir un malade, quand je ferais mes visites dans la matinée; et comme je faisais observer que l'on aurait bien pu choisir un autre moment pour me faire cette commission. — Je ne croyais pas vous déranger à cette heure, car j'avais un médecin qui me disait : Venez chez moi quand vous voudrez, de jour

infraction, soit chez ses confrères, soit chez ses clients; il ne supportait pas de la part des gens du monde la plus légère atteinte à la considération du médecin : témoin cette séance du Conseil supérieur de l'instruction publique, où un membre éminent de la magistrature venait d'émettre des imputations blessantes et injustes à l'égard des médecins des hôpitaux et des professeurs de clinique; M. Barth, le représentant élu de l'Académie, le médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, de se lever aussitôt et de protester avec indignation; son éloquente réponse provoqua les applaudissements de tous, et même du magistrat qui, par un renversement de rôles, s'était attiré cette verte mercuriale.

La charité professionnelle de M. Barth était ardente : membre du Conseil de l'Association générale et président de l'Association de la Seine, il donnait ainsi des deux mains, chaque année, et depuis longtemps; exécuteur lui-même de ses legs charitables, il avait, de son vivant, fait don à chacune de ces Sociétés d'un titre de rente. En dehors des confrères malheureux, il avait ses pauvres à lui, qu'il secourait personnellement, et auxquels il trouvait des protecteurs dans sa riche clientèle : bien des œuvres de sa bienfaisance m'ont été révélées depuis sa mort, et ses bonnes actions sont les seules que cet ami m'ait cachées.

Pour qui n'avait pas pénétré dans l'intimité de M. Barth, toutes ces généreuses passions étaient en quelque sorte latentes ; sous des dehors sérieux et réservés se cachaient une nature bienveillante, expansive, affectueuse, avec la bonté la plus tendre; sous une apparence calme et même froide, battait le cœur le plus sensible, le plus chaud, le plus dévoué, que le mal révoltait souvent, que le bien enflammait toujours.

M. Barth était né en 1806, à Sarreguemines, ville frontière de Lorraine, et quoique bien jeune, il avait ressenti les malheurs de l'invasion. Les Prussiens avaient occupé sa ville natale, et Sarrelouis, dont sa famille maternelle était originaire, Sarrelouis, la cité de Louis XIV et de Vauban, qui avait donné à la France le général Ney, fut livrée à l'Allemagne en 1815. Ces souvenirs de l'enfant restèrent à jamais gravés dans la mémoire de l'homme ; aussi, dès que la guerre de 1870 fut déclarée à la Prusse, M. Barth se rendit au ministère de la guerre : « Mon fils (dit-il) est trop jeune et moi trop vieux pour combattre ; j'apporte la somme nécessaire pour donner à la patrie un soldat de plus. »

La Lorraine, la France, étaient envahies pour la troisième fois ! M. Barth ne consentit point à quitter Paris avant l'investissement; il voulut partager les souffrances physiques du siége et les souffrances morales, bien autrement dures. Il se réfugia dans le sanctuaire de la famille ; il se renferma dans sa patriotique affliction, ne sortant de sa demeure que pour quelques visites à des clients, à des amis, et pour des visites plus fréquentes aux malheureux ; n'ouvrant plus un journal politique, dont la lecture ne faisait qu'aviver son chagrin, il s'absorba dans l'étude et dans ses devoirs académiques : c'est pendant les plus terribles mois de l'année terrible qu'il eut la force d'achever une œuvre immense, la rédaction de plus de soixante rapports sur des

---

ou de nuit, cela m'est égal. — Et, en effet, au fond de toutes ces inepties du public, si vous cherchez bien, vous trouverez souvent un médecin. C'est triste à dire, mais cela est.

J'ai connu un médecin, grand guérisseur de croups. Toutes les fois que la nuit un enfant avait un accès de suffocation, on l'envoyait chercher. Il donnait un vomitif, l'enfant allait mieux, et, le lendemain, il répétait à tout le monde qu'il avait guéri du croup l'enfant de M. X... Aussi, à la visite du matin, quels témoignages de reconnaissance de la part des parents. — Docteur, vous avez sauvé mon fils, je ne l'oublierai jamais. — Et le cher docteur, avec modestie : — Il était grand temps; une heure plus tard, je n'en répondais plus. — Or, le résultat de tout cela, c'est que, dans le pays, les médecins étaient continuellement dérangés la nuit dès qu'un enfant était enrhumé.

Au total, neuf fois sur dix, la visite de nuit est inutile ou tout au moins sans urgence absolue, à part bien entendu les accouchements. Sans doute il est des cas où la présence de l'homme de l'art est une nécessité pour le malade et un devoir pour le médecin. Mais le nombre de ces cas est véritablement restreint; et, dans cette limite, la part de dérangements nocturnes qui incomberait à chacun de nous n'aurait réellement rien de bien pénible. Je dirai même plus, chez les personnes bien élevées qui ont pour leurs semblables les égards qu'ils sont en droit d'exiger pour eux-mêmes, il arrive plus d'une fois que le médecin leur reproche leur discrétion à cet égard. Malheureusement, il est une autre catégorie de clients qui n'a pas les mêmes principes, et si le médecin n'y mettait pas un frein, leur sans-gêne n'aurait plus de bornes.

Quand le praticien a pris de l'âge, quand, à force d'avoir été berné et exploité, il devient dur à l'éperon et ne se dérange plus la nuit qu'à bon escient, il encourt le blâme des humanitaires, toujours pressés de faire parade de sentiments qui ne leur coûtent rien. C'est ainsi

mémoires adressés à l'Académie de médecine (mémoires qui lui avaient été transmis à la mort de Grisolle).

Au milieu des désastres de la patrie, M. Barth oublia ses propres malheurs, la ruine de sa maison de campagne, saccagée et souillée par les Allemands, le commencement d'incendie de son petit hôtel de la rue de Lille par les fuyards de la Commune : la perte de l'Alsace et de sa chère Lorraine fut assurément la plus poignante douleur de sa vie. Vous vous rappelez l'accent de ses chaleureuses paroles alors que, Président de l'Académie, il invitait tout le Corps médical de France à participer largement (et il donna l'exemple) à la souscription nationale pour la libération du territoire.

J'ajoute que M. Barth, comme M. Pasteur, renvoya, après la guerre, à une Société savante d'Allemagne le diplôme qu'il en avait reçu avant, sans l'avoir sollicité.

M. Barth était comblé : grand clinicien, grand consultant, chargé de plus d'honneurs qu'il n'en avait demandés; partout le premier à l'élection de ses pairs comme il avait été partout le premier dans les concours; président de l'Académie, président perpétuel de l'Association des médecins de la Seine, président d'honneur de la Société clinique de Paris où revit la Société médicale d'observation; ayant pour amis et pour obligés les plus illustres dans les sciences, les lettres, les arts et la politique; conservant néanmoins au milieu de ces grandeurs méritées la simplicité du foyer et les vertus patriarcales.

Cependant la fatigue se fit sentir, et M. Barth se décida à chercher en Italie quelques semaines de repos. Nous avions visité ensemble Milan, Pise, Florence; il voulut voir Rome et Naples, en compagnie de sa fille, dont la grâce emplissait ses vingt ans, et de son fils, lettré, artiste et déjà savant, qui, reçu le premier à l'internat, renoue ainsi à quarante ans de distance la tradition paternelle. Les débuts du voyage furent aussi pleins de charme que la fin en devait être cruelle. Dans une nuit passée à Rome, M. Barth but le poison palustre dont les effets, menaçants déjà, éclatèrent à Naples. Le mal ne fut aussi puissant que parce que l'organisme était ébranlé : en quittant Paris, M. Barth emportait une vive peine de patriote et d'ami; il avait assisté M. Thiers dans sa dernière et si émouvante maladie, lui avait pieusement fermé les yeux, et n'était parti qu'après la cérémonie des funérailles. Ce ressouvenir assombrissait les distractions du voyage.

Un premier accès de fièvre eut lieu le lendemain de l'arrivée à Naples; un second quatre jours seulement plus tard, avec rémission assez complète pour permettre des excursions à Pompéi, à Herculanum. Le troisième accès se manifesta à Rome, pernicieux cette fois, et à forme syncopale. Il fallut revenir; mais on revenait frappé à mort. Dès lors apparurent des localisations successives, témoignage d'une profonde et irrémédiable intoxication. Malgré la médication spécifique, malgré les soins de l'amitié (MM. Noël Gueneau de Mussy et Fauvel

---

que, sur les réclamations de la Presse, on a institué à Paris le service médical de nuit. Sans doute, dans un aussi grand centre de population où la vie est aussi active la nuit que le jour, ce service peut bien avoir sa raison d'être. Cependant, si j'en crois quelques confrères, on est le plus souvent dérangé pour des riens; mais le médecin n'est plus exploité, la rémunération de son déplacement lui est assurée. Les femmes à attaques de nerfs sont satisfaites, et tout le monde est content.

Dr Notta, de Lisieux.

Légion d'honneur. — Par décret en date du 7 décembre 1877, le Président de la République, sur la proposition du ministre de la guerre, vu l'avis du Conseil de l'ordre, a nommé dans la Légion d'honneur, au grade de chevalier : M. Goguet (Auguste-André-Marie), médecin-major de 2e classe; 20 ans de services, 8 campagnes.

L'épidémie variolique a Alger. — On écrit, à la date du 1er décembre, que la variole sévit à Alger et dans les faubourgs (Mustapha, Sainte-Eugénie, Birmandreïs, etc.) d'une façon alarmante.

La moyenne des décès est de 20 à 25 par jour, surtout parmi la population arabe entassée dans les cloaques de la Casbah.

Les étrangers sont partis en masse, et la municipalité a déjà pris des mesures pour préparer une sorte de Lazaret approprié aux varioleux dans le jardin d'essai situé à quelques kilomètres d'Alger, entre Hussein-Dey et Mustapha inférieur.

étaient venus à mon secours), malgré l'admirable dévouement de sa femme et de son fils, M. Barth mourut après deux mois de souffrances.

Il ne s'était pas un instant fait illusion sur la gravité de son état; malade, il était resté le sagace médecin. Aussi, dès son retour, il s'était hâté de confirmer ses décisions ultimes : la charité les inspirait; il fit don à l'Association de la Seine d'une nouvelle rente de 300 francs pour un médecin pauvre.

Vous dirai-je la sérénité de sa fin, sa placide incrédulité à nos pieux mensonges? Vous peindrai-je ce milieu que la mort devait bientôt désoler, et où celui qui allait mourir vivait ses derniers jours dans la fréquentation de poëtes favoris, Virgile et La Fontaine, comblé de la tendresse de ses proches et des caresses ingénues de ses petits-enfants? Hélas! je n'ai plus que la force de vous dire le courage stoïque du clinicien, notant et signalant les indices de la crise terminale, la chute du pouls, l'embarras de la respiration; dictant pour lui-même, avec une énergie admirable, les soins qui retardent et adoucissent l'agonie.

La passion de la justice qui anima toujours M. Barth l'avait rendu religieux : au spectacle de la misère des bons et du triomphe des méchants, je le vis bien des fois s'indigner; et, pour absoudre les dieux, il avait besoin de croire à la réparation divine de ces humaines iniquités. Il aurait dit volontiers avec Jean-Jacques : « Otez la justice éternelle et la prolongation de mon être après cette vie, je ne vois plus dans la vertu qu'une folie à qui l'on donne un beau nom. » Il fut d'ailleurs doucement attiré vers la religion par la vertueuse compagne qui fut le charme des jours fortunés et l'ange des jours d'angoisse. C'est dans ce louable sentiment de foi sincère qu'il disait souvent : « Je n'accomplis aucun acte sérieux sans être prêt à en rendre compte. » Aussi, lorsqu'il eut rendu le compte, pour lui si facile, de son existence entière, il s'endormit tranquillement au sein des « espérances immobiles. »

Et maintenant j'ai le triste droit de prendre dans la commune affliction une part plus grande que tout autre. L'Académie perd, dans M. Barth, une de ses illustrations les plus pures, et moi l'affectueux compagnon de ma vie, le guide et le modèle de mes actions, mon collaborateur, précieux et fidèle, et tellement ami que trente-sept années de collaboration médicale n'ont pu altérer notre union. Je perds, enfin, celui que je me plaisais à appeler la moitié de moi-même (*dimidium meî*) et assurément la meilleure.

Du commencement au terme de la carrière, nous avons marché fraternellement, et lorsque mêmes succès, mêmes bonheurs nous échurent (chacun à notre tour), la joie de l'un se doublait toujours de la joie de l'autre. Ainsi, comme le disait Montaigne de son ami Estienne de la Boëtie : « Nos cœurs et nos esprits ont charié uniment ensemble »; ainsi s'est acheminée l'amitié que nous avons nourrie entre nous si entière et si parfaite pendant près d'un demi-siècle. Cette amitié solide, sa voix de mourant me l'affirmait encore; elle ne s'est éteinte que sous le souffle de la mort; et voici que de cette longue accointance, de ces bonheurs semblables, de ces travaux communs qui avaient rendu nos deux noms inséparables, il ne me reste plus que le souvenir; et je répète la plainte du poëte latin : « O frère qui m'es enlevé, avec toi périssent nos joies et nos études, et toutes les délices de l'âme! »

Messieurs, les paroles que je viens d'adresser à la mémoire d'un ami ne sont qu'une effusion du cœur. M. Barth mérite plus que cette esquisse imparfaite, et sa noble existence attend un historien qui sera aisément un panégyriste; il est digne de figurer dans la haute compagnie de ces médecins éminents dont le secrétaire perpétuel de notre Académie fixe les noms dans le souvenir des contemporains, et dont il offre les grandes images en exemple aux générations futures. Belle fut la vie de M. Barth, car elle eut la splendeur du bon.

THÉRAPEUTIQUE

LA MÉTHODE RÉFRIGÉRANTE DEVANT LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE (1);

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 11 mai 1877,

Par le docteur Maurice RAYNAUD, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Je ne saurais, sans tomber dans des redites, rentrer dans le détail de ces indications. Quant aux prétendus méfaits qui seraient imputables à la méthode, M. Féréol vous a suffisamment montré, dans la dernière séance, ce qu'il en fallait penser. Per-

(1) Suite et fin. — Voir l'UNION MÉDICALE des 8 et 11 décembre.

mettez-moi seulement de vous rappeler que, dans le nombre, il en est de purement imaginaires, comme la production de l'albuminurie, dont je n'ai jamais observé un seul exemple, et dont M. Peter, qui l'admet, n'a pas cité non plus un seul fait. Si vous faites, en outre, la part des coïncidences, celle des accidents plutôt attribuables à la maladie elle-même qu'au traitement, et pour lesquels vraiment notre cher collègue a élevé le *post hoc, ergo propter hoc* à la hauteur d'une institution, après ces défalcations nécessaires, vous trouverez que la méthode des bains froids a ses inconvénients et ses dangers sans doute, mais au même titre et pas plus que toutes les médications puissantes, pour lesquelles l'abus est près de l'usage.

Pour ce qui est des bienfaits que je crois en avoir retirés, je vous dirai simplement par quel procédé j'ai cherché à me faire une opinion à cet égard : je n'ai pas comparé ma statistique aux statistiques d'autrui, ce qui n'est ni modeste, ni généralement exact. Ce sont mes chiffres à moi que j'ai comparés entre eux. J'ai pris ma statistique avant l'époque où j'employais les bains froids, et depuis. Ce sont là les éléments d'appréciation dont je me suis servi. Eh bien, Messieurs, comme avant tout je veux être absolument sincère, je ne vous cacherai pas que, parmi les résultats statistiques invoqués ici par M. Peter, parmi les faits malheureux dont il a voulu, selon moi, tirer des conséquences beaucoup trop générales, il en est cependant quelques-uns qui ont fait une vive impression sur mon esprit, si bien que (pourquoi ferais-je difficulté à l'avouer ?) je suis devenu plus timide que je ne l'étais avant la discussion. Je l'ai été notamment ces jours derniers, à propos d'un cas de fièvre typhoïde resté pendant les vingt premiers jours sur la limite des hautes températures, et pour lequel, il y a quelques mois, j'aurais bien probablement employé les bains froids. Sous l'influence des objections qui m'étaient faites, je me suis abstenu ; il est vrai que ma malade, pour laquelle je n'avais négligé d'ailleurs aucun des moyens ordinaires, vient de finir par succomber, ce qui ne me donne guère à m'applaudir de mes scrupules.

Après cet aveu très-simple et nullement méritoire des hésitations que la discussion a fait naître dans mon esprit, je dois cependant à la vérité et à ma conscience, de maintenir que j'ai vu et touché du doigt des faits éclatants, dans lesquels je crois être certain d'avoir réussi là où j'aurais échoué par d'autres moyens. C'est là le véritable critérium, ainsi que le remarque justement M. Cl. Bernard. « Nous désirons insister, dit-il dans le volume dont je vous parlais tout à l'heure, bien moins sur l'éloquence brutale des chiffres, que sur l'étude des manifestations symptomatiques permettant de constater, dans chaque cas particulier, l'efficacité toute-puissante du traitement réfrigérant pour combattre la chaleur fébrile. »

Direz-vous que ces malades auraient guéri quand même, se trouvant tous, par grand hasard, de ceux « qui sont plus forts qu'on ne croit, » et qu'enfin je suis tombé sur une heureuse série ? Je me bornerai à vous faire remarquer qu'il n'est pas une seule médication à laquelle on ne puisse faire cette objection. La médecine n'ayant jamais affaire à deux cas complétement identiques, il faudrait, pour se prononcer avec une certitude absolue, mathématique, pouvoir, dans chaque cas particulier, à la fois agir et s'abstenir. Fort heureusement cette condition choquante par son absurdité n'est point du tout nécessaire pour nous procurer le degré de certitude dont nous avons besoin.

Reste enfin une dernière question, celle du mode d'action des bains froids. M. Peter prétend qu'en croyant agir par le refroidissement, nous faisons *une chimiatrie enfantine*. C'est bientôt dit. Mais la preuve, s'il vous plaît ? Abandonnant ici, je ne sais pourquoi, la fièvre typhoïde, il passe au rhumatisme cérébral, où j'ai fait voir la merveilleuse efficacité de ce traitement, et où les faits de guérison ne se comptent plus à l'heure qu'il est. Là, dit notre collègue, on agit, non pas par refroidissement, mais bien par *révulsion*. Il serait peut-être bien embarrassé de définir ce qu'il entend par ce mot. Obligé moi-même, dans le temps, de par les nécessités du concours, de faire une thèse d'agrégation sur la révulsion, je me rappelle encore les difficultés du sujet. Une congestion cutanée révulse une congestion viscérale ; à la bonne heure, voilà une idée claire, et si le mécanisme de cette action physiologique n'est

pas aisé à déterminer, au moins en elle-même offre-t-elle à l'esprit un fait compréhensible. Mais l'eau froide, que révulse-t-elle? Je ne pense pas qu'on puisse songer à un refroidissement du cerveau dans le rhumatisme cérébral. Invoquera-t-on ce que j'ai appelé la révulsion par douleur? Mais justement il s'agit de malades qui ne sentent pas. J'ai eu soin d'insister sur ce point : lorsque vous mettez dans l'eau froide un rhumatisant plongé dans le coma, ce que vous observez, ce n'est pas de la douleur, ce ne sont pas des phénomènes tumultueux; c'est le retour lent et progressif de l'intelligence et du sentiment. Rappelez-vous que tout à l'heure on accusait le *nervous shock;* maintenant c'est de révulsion qu'il est question. Tout cela, convenez-en, est on ne peut plus vague ; or, le vague est l'ennemi de la science.

Pourquoi donc se refuser à reconnaître que le mode d'agir du froid, c'est le refroidissement? Ah! sans doute, appliqué à un corps vivant, le refroidissement entraîne avec lui toute une série de conséquences infiniment multiples et complexes. Si l'on nous prête la supposition qu'il se borne à agir comme sur un barreau inerte, c'est apparemment pour avoir le plaisir de nous réfuter. Car personne, que je sache, n'a jamais rien avancé de semblable, et si par hasard quelqu'un l'a dit, il a dit une absurdité. Les agents physiques, cela va de soi, agissent avant tout physiquement; puis l'organisme s'empare de cette modification, se l'assimile en quelque sorte et la transforme en actes physiologiques. Ainsi fait le froid ; appliqué aux tissus et aux humeurs, il change les conditions dans lesquelles se manifestent leurs propriétés vitales, et ainsi apparaissent des changements corrélatifs dans la circulation, dans la contractilité musculaire, dans les sécrétions, dans l'innervation, etc. Mais ce long enchaînement de phénomènes qui s'appellent les uns les autres n'en a pas moins pour point de départ la loi universelle en vertu de laquelle les corps tendent à se mettre en équilibre de température.

Je m'arrête ici; j'en ai dit assez, je l'espère, pour qu'il ne reste aucun doute sur la manière dont je crois que l'on peut envisager scientifiquement la méthode réfrigérante. Car c'est bien une méthode thérapeutique qui est ici en cause, méthode dont les bains froids ne constituent qu'un cas particulier. Messieurs, vous le savez, cette méthode n'est pas nouvelle; pour en indiquer les origines, il faudrait remonter jusqu'à l'antiquité. En ce qui concerne les applications spéciales qui en ont été faites à la fièvre typhoïde, nosologiquement définie et telle que nous l'entendons aujourd'hui, vous savez également que l'importation allemande dont il est tant question depuis quelque temps est, à proprement parler, une réimportation. Dès 1839, M. Jacquez, de Lure, avait nettement formulé cette pratique et l'idée physiologique qui en découle. En 1852, M. Leroy, de Béthune, publiait les heureux résultats d'une expérimentation poursuivie avec persévérance depuis quatre ans. Aux applications froides, il ajoutait, il est vrai, la saignée initiale, à laquelle il paraissait ne pas attacher une moindre importance. C'est cette méthode complexe que Valleix condamna après l'avoir essayée à la Pitié. Il est à croire qu'une certaine irrégularité dans la mise en œuvre des procédés de réfrigération n'avait pas été sans influence sur les insucсès. Le docteur Leroy voulait, en effet, que des serviettes mouillées, appliquées sur le ventre, fussent renouvelées toutes les cinq ou dix minutes, si besoin était. Pour qui connaît nos grands services hospitaliers, cette pratique paraîtra sans doute bien difficilement réalisable. Quoi qu'il en soit, il est probable que, sans l'opposition de Valleix, la méthode réfrigérante eût fait son chemin vingt ans plus tôt; il a fallu qu'elle nous revînt d'Allemagne pour fixer de nouveau l'attention du public médical.

Mais au moins Valleix avait expérimenté. Tout ce que je demande à M. Peter, c'est de ne pas employer la légitime autorité que lui donnent son talent et sa position officielle, à barrer la route à une méthode thérapeutique importante, sans avoir pris la peine d'y regarder par lui-même.

Cette méthode, je le sais, a eu des prôneurs trop fervents, qui lui ont fait du tort par un zèle exagéré. Elle finira cependant par conquérir, dans le traitement de la fièvre typhoïde, la place qu'elle mérite. Celle-ci sera-t-elle plus ou moins large? Il est certain qu'il y a encore à faire pour préciser les indications et les contre-

indications. Cette tâche est digne de vos efforts. Mais ce qui est fait suffit amplement pour établir que l'expérimentation poursuivie dans cette voie n'est pas coupable, quoi qu'on en dise, et pour répondre victorieusement au *veto* absolu que l'on voudrait d'ores et déjà nous opposer.

Voilà, ce me semble, des conclusions bien modérées et acceptables par tous les esprits impartiaux. Il est aussi injuste de proscrire un traitement qui a déjà rendu et qui rend tous les jours encore d'éminents services, qu'il serait inconsidéré de le préconiser toujours et quand même. Je l'ai déjà dit, et je le redirai à satiété : c'est une question d'indications. Or, la recherche des indications n'est pas affaire de fantaisie ou d'opportunité : c'est la médecine même.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 décembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre du commerce transmet les rapports des inspecteurs des eaux minérales du Vernet et de Molitg (Pyrénées-Orientales) pour l'année 1874. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté adressé par M. le docteur Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux. (Accepté.)

—

M. Béclard offre à l'Académie un volume de M. Luys, intitulé : *Le cerveau et ses fonctions.*

M. H. Bouley, de la part de M. Henri Gueneau de Mussy, offre une brochure intitulée : *Aperçu de la théorie du germe contage.*

M. Devilliers offre un volume sur le botaniste Garidel et son neveu Lieutaud, par M. le docteur Félix Chavernac, d'Aix-en-Provence.

M. Broca met sous les yeux de l'Académie des cerveaux préparés et, en quelque sorte, momifiés par un nouveau procédé de M. le docteur Oré (de Bordeaux).

Jusqu'à présent, la conservation du cerveau était fort difficile à obtenir. Les résultats les plus satisfaisants ont été obtenus en plongeant à plusieurs reprises, et à des intervalles un peu éloignés, le cerveau dans une solution de plus en plus concentrée d'acide chlorhydrique. On est parvenu ainsi à en conserver pendant douze ans, pour le musée de la Société d'anthropologie. Mais, après ce temps, les préparations ne se conservent plus. Peut-être en sera-t-il de même du procédé de M. Oré. D'ailleurs, ce procédé reste inconnu. L'auteur l'a déposé hier, à l'Académie des sciences, dans un pli cacheté. La seule chose que l'on puisse dès à présent constater, c'est que le procédé permet de revêtir le cerveau d'une couche métallique à l'aide de la galvanoplastie. Les essais de M. Luys, sous ce rapport, avaient été infructueux.

M. Noël Gueneau de Mussy présente, de la part de l'auteur, M. le docteur Baccelli, professeur de clinique médicale à l'Université de Rome, un nouveau mémoire sur la transmission des sons à travers les épanchements de la plèvre. M. Gueneau de Mussy, rappelant les beaux travaux de M. Baccelli sur les maladies du cœur, demande l'inscription de M. le professeur Baccelli sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Chauffard, au nom de M. Grasset, agrégé de la Faculté de Montpellier, dépose sur le bureau un travail concernant les maladies du système nerveux. « Qu'il me soit permis, dit-il, d'ajouter que cet ouvrage est un remarquable et lucide exposé de l'état de la science sur la pathologie du système nerveux. M. Grasset a su mettre à profit les plus récentes recherches, et son livre est certainement destiné à rendre de réels services dans l'enseignement de nos Écoles. »

M. Villemin, de la part de M. Saurel, chirurgien militaire, offre à l'Académie une classification des maladies épidémiques et contagieuses. (Renv. à la com. des épidémies.)

M. Amédée Latour a la parole, et s'exprime ainsi :

« J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de M. le docteur Burdel (de Vierzon), membre correspondant de la Compagnie, une brochure intitulée : *Le vin dans la Sologne considéré comme prophylactique puissant des fièvres telluriques.*

« Ce titre, il y a quelques années, « le vin dans la Sologne », aurait paru paradoxal. Il est aujourd'hui une vérité. La culture de la vigne dans cette région désolée, et qui ne produisait que de maigres pâturages et des fièvres, s'étend et fait des progrès sensibles. M. le docteur Burdel, par ses écrits, par ses discours, par son exemple, a contribué pour beaucoup à cette transformation agricole, qui tend à réaliser et qui a déjà réalisé dans une certaine mesure une transformation hygiénique et pathologique. « Là où l'on boit du vin en Sologne, dit M. Burdel, la population devient plus vigoureuse, et les fièvres deviennent moins fréquentes et plus accessibles aux moyens de l'art. » M. le docteur Burdel mérite les encouragements de l'Académie. »

—

M. H. Roger donne lecture d'un *Éloge* de M. Barth. (Voir plus haut.)

M. Lefort lit une série de rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exploiter diverses sources d'eaux minérales. Les conclusions, soit favorables, soit défavorables de ces rapports, sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion.

—

M. le docteur Cazin, de Boulogne-sur-Mer, lit une observation d'opération d'occlusion intestinale, pratiquée sur un jeune homme de 28 ans, et terminée par la guérison. Voici les conclusions de ce travail :

1° La gastrotomie est une opération applicable à certains cas d'étranglement interne (par brides, par torsions), et, en général, ceux qui surviennent brusquement, et les invaginations.

2° Il n'est pas nécessaire de connaître exactement le siége du mal pour intervenir.

3° Toute opération tardive diminue les chances de succès.

4° Quant à la préférence à donner au siége de l'incision, s'il y a doute sur le point où se trouve l'étranglement : incision sur la ligne médiane et dans une étendue proportionnée à la difficulté de trouver le mal. S'il y a certitude, incision au niveau de l'occlusion et dans une étendue relativement petite.

5° Pour la recherche de l'étranglement, il faut avoir bien présentes à l'esprit toutes les causes de cette affection, et suivre la méthode de Parise, qui simplifie considérablement les manœuvres.

6° Pendant l'opération, soins de propreté extrême, comme dans l'ovariotomie ; employer la méthode antiseptique de Lister, qui est en même temps antiphlogistique.

7° Sauf indications particulières, laisser le malade, après l'opération, dans un repos absolu général et local, c'est-à-dire ne pas fatiguer l'intestin par des traitements perturbateurs, tels que lavements et purgatifs. (Renvoyé à MM. Richet, Gubler et Verneuil.)

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Léon Le Fort sur les candidats à la section de pathologie chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 11 novembre.)

M. Terrillon présente un mélange de plâtre ordinaire et de ciment blanc qui constitue une substance excellente pour faire des appareils, et qui n'a aucun des inconvénients du plâtre seul. Ce ciment blanc est très-peu coûteux et très-facile à se procurer. (Commissaire, M. Le Dentu.)

— M. Tillaux désire entretenir la Société des localisations cérébrales, et présente des pièces qui peuvent servir à éclairer certains points de cette étude qui est en ce moment à l'ordre du jour. Il rappelle que cette importante question a subi deux phases bien distinctes : une phase purement physiologique, en quelque sorte, et une phase clinique. La phase physiologique commence à Gratiolet ; cette étude est donc d'origine française ; puis elle passe en Angleterre avec Terrier ; en Allemagne, avec Hitzigh ; elle revient en France avec Carville et Duret ; la phase clinique, toute française, appartient, entre autres, à MM. Charcot, Pitres, Lucas, Proust, Terrillon, Bourdon et Gosselin.

M. Tillaux, à l'aide d'un schéma fait sur le tableau, rappelle les données anatomiques à l'aide desquelles il fait connaître les opinions physiologiques d'Hitzigh et Terrier sur les centres moteurs. Il ajoute que les observations cliniques n'ont pas tout à fait confirmé les expériences physiologiques. Après avoir fait connaître exactement l'état actuel de la science, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique, sur cette question, M. Tillaux se demande s'il est possible de tirer, des localisations cérébrales, des indications pour l'application du

trépan; il déclare tout d'abord qu'il partage entièrement l'avis exprimé par M. Gosselin à l'Académie de médecine, à savoir que, en clinique, on n'est autorisé à appliquer le trépan, pour des accidents primitifs, que dans les cas où il y a fracture avec plaie et enfoncement des os. M. Tillaux n'admet qu'une seule exception à cette règle, c'est le cas où il y a fissure du crâne au niveau des centres et paralysie du mouvement du côté opposé.

En dehors de ces cas, le trépan n'est pas applicable à la cure des épanchements sanguins primitifs. En est-il de même pour les accidents lents, tardifs, qui apparaissent consécutivement? M. Tillaux ne le pense pas, et c'est, suivant lui, dans ce sens que les chirurgiens doivent chercher les indications de l'application du trépan. C'est dans le but de contribuer à ces recherches qu'il présente les pièces suivantes :

La première est un cerveau ayant appartenu à un homme sur la tête duquel était tombé un volet qui avait frappé sur la partie postérieure du crâne, du côté gauche. Cet homme, aussitôt après, perdit connaissance, et, le quatrième jour, fut atteint d'aphasie et de monoplégie brachiale droite. Ces accidents disparurent, et il put reprendre son travail, mais il conserva une douleur céphalique très-intense, pour laquelle il entra dans le service de M. Tillaux, au mois de juin; il fut très-soulagé sous l'influence de l'iodure de potassium. Enfin, une nouvelle crise d'aphasie et de monoplégie brachiale droite reparut, à la suite de laquelle le malade alla toujours en s'affaiblissant, et finit par succomber. A l'autopsie, on a trouvé une plaque de méningo-encéphalite mesurant plus de 0,04 centimètres, et occupant toute la troisième circonvolution frontale gauche.

Devant une pareille lésion, dont le siége pouvait parfaitement bien être déterminé par les symptômes observés (aphasie, monoplégie brachiale droite), mais dont l'étendue ne pouvait pas être soupçonnée, M. Tillaux se demande ce qu'aurait pu faire une couronne de trépan appliquée dans le point indiqué par M. Broca?

L'autre pièce présentée par M. Tillaux lui a été prêtée par M. Maurice Raynaud. Elle a été recueillie sur une femme de 59 ans, qui était atteinte d'hémiplégie complète gauche, avec hémianesthésie, immobilisation de la tête du côté de la paralysie et déviation conjuguée des yeux du même côté. A l'autopsie, on trouva une tumeur encéphaloïde du volume d'un œuf de poule, occupant la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius, ayant déprimé la première circonvolution temporale, et soulevé en haut le lobe pariétal du côté gauche, en haut et en avant, la troisième circonvolution frontale ascendante. Il est évident que cette tumeur devait déterminer des phénomènes de compression pouvant atteindre, à distance, les centres moteurs et donner lieu par conséquent à des erreurs graves au point de vue de la localisation cérébrale.

De ces deux faits, M. Tillaux croit pouvoir tirer les deux conclusions suivantes :

1° Même lorsque la lésion est bien en rapport avec la circonvolution qui est le centre du mouvement disparu, on est exposé, si on applique une couronne de trépan, à tomber sur une large plaque de méningo-encéphalite et à faire par conséquent une opération au moins inutile.

2° Une lésion du cerveau peut produire des troubles à distance, de telle sorte qu'en suivant les règles tirées des localisations, dans l'application du trépan, on est exposé à tomber dans un point très-éloigné du mal.

M. Le Dentu prépare en ce moment un rapport sur un travail relatif aux localisations cérébrales envisagées au point de vue des indications du trépan. Il commence par déclarer qu'il partage les doutes émis par M. Tillaux sur la valeur de ces indications; toutefois, il espère démontrer qu'il y a quelque avantage à tirer des localisations au point de vue chirurgical.

M. Lucas-Championnière, relativement à la seconde observation présentée par M. Tillaux, fait observer que tous les auteurs laissent de côté les observations de tumeurs cérébrales, au point de vue des localisations. Quant à la première observation, elle prouve, au contraire, suivant M. Lucas-Championnière, l'excellence des localisations au point de vue chirurgical; car, si le malade eût été trépané, il aurait peut-être été guéri. Il est partisan d'appliquer le trépan pour conjurer les accidents primitifs dans ces cas.

M. Tillaux répond qu'il n'est pas l'ennemi des indications tirées des localisations cérébrales pour l'application du trépan; il cherche seulement à s'éclairer. Il fait observer à M. Lucas-Championnière que, dans le fait qu'il a communiqué, la trépanation n'aurait certainement pas sauvé le malade, vu l'étendue de la lésion, d'une part, et, d'autre part, que la lésion des parties molles se trouvait à 0,07 centimètres en arrière de la lésion cérébrale. M. Tillaux n'accepte pas le trépan pour conjurer les accidents primitifs.

M. Lucas-Championnière espère apporter la preuve qu'on a laissé mourir des malades qu'on aurait pu sauver par la trépanation. Voici précisément ce qui, dans le fait de M. Tillaux, prouve l'importance des localisations cérébrales : le coup a porté en arrière du crâne; les symptômes observés indiquent une lésion du cerveau en avant; c'était donc en avant, et non

en arrière, dans le point précis indiqué par M. Broca, au niveau de la lésion des parties molles, qu'il fallait trépaner.

Au point de vue des accidents primitifs, M. Lucas-Championnière fait observer qu'il n'y a pas, dans la science, de cas de paralysie primitive qui ait guéri sans trépanation. On est donc autorisé à chercher ses indications et à la tenter dans ces cas.

M. Lucas-Championnière reviendra d'ailleurs ultérieurement sur ce sujet après avoir entendu la lecture du rapport de M. Le Dentu.

— M. Chauvel demande l'avis de ses collègue sur le fait suivant : Un malade présente sur la face interne du tibia gauche, à 9 centimètres au-dessous de la rotule, une tuméfaction bien limitée et extrêmement douloureuse. Aucun moyen thérapeutique n'est parvenu jusqu'ici à la calmer. M. Chauvel demande à ses collègues si l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée dans ce cas.

Les membres présents répondent affirmativement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Potion calmante antispasmodique. — Delioux.

Hydrolat de laurier-cerise.		10 grammes.
Hydrolat de menthe poivrée. . .	ãã.	30 grammes.
Hydrolat de fleurs d'oranger . .		
Hydrolat de mélisse.		40 —
Sirop d'éther		30 —

Mêlez. — Cette potion, prise à de courts intervalles, calme l'éréthisme nerveux, les troubles émotifs, les vapeurs, et porte ordinairement au sommeil. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 13 Décembre 1788.

Vicq d'Azir prononce son discours de réception à l'Académie française, et fait un magnifique éloge de Buffon, son prédécesseur. « La France, dit-il, n'avait produit aucun ouvrage qu'elle pût opposer aux grandes vues des Anciens sur la Nature. Buffon naquit, et la France n'eut plus à cet égard de regrets à former. Orateur, peintre et poëte, il a pris tous les tons et mérité toutes les palmes de l'éloquence. Ses vues sont hardies, ses plans sont bien conçus, ses tableaux sont magnifiques. Il instruit souvent, il intéresse toujours ; quelquefois il enchante, il ravit, il force l'admiration, lors même que la raison lui résiste. On trouve dans ses erreurs l'empreinte de son génie, et leur tableau prouverait seul que celui qui les commit fut un grand homme... » — A. Ch.

École de médecine. — Les travaux d'agrandissement de notre École de médecine sont poussés avec activité.

Les terrassements sont à peu près terminés le long du nouveau boulevard Saint-Germain; on a même fixé de grandes charpentes, d'une quinzaine de mètres de longueur, en travers de la tranchée, pour étayer en même temps les terres en bordure et les fondations des anciens bâtiments de l'École.

Le long du trottoir du boulevard, il a fallu placer de nombreux madriers entre chaque charpente et les unir les uns aux autres à l'aide de maçonnerie. Cette partie du trottoir n'est, en effet, formée que de nouveaux déblais de gravats des maisons démolies pour la percée et n'offrirait au passage des voitures aucune consistance sérieuse.

Dans quelques jours vont être commencés les travaux de maçonnerie.

La disposition des terrains avoisinant l'ancienne École est, comme on le sait, resserrée par le voisinage du boulevard. Elle forme un long boyau de plus de 100 mètres de long sur 20 au plus de large. Il faudra toute l'habileté des architectes pour tirer parti de ces bizarres proportions.

D'ailleurs, le travail d'élévation sera longtemps inconnu au public, les chantiers de construction se trouvant absolument entourés de tous côtés par un haut mur de planches, toutes hermétiquement rejointes les unes aux autres.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

PATHOLOGIE

L'OBÉSITÉ; SES CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES [1];

Par le docteur E. LANCEREAUX,
Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le diagnostic de l'obésité comporte deux points principaux : 1° Distinguer l'obésité des affections diverses avec lesquelles cette affection peut être confondue ; 2° arriver, d'après les caractères de l'obésité, à discerner les conditions étiologiques et pathogéniques qui lui ont donné naissance.

L'obésité est généralement facile à distinguer de l'œdème et de l'anasarque, qui sont les affections dont elle se rapproche le plus. Les cas où elle peut donner lieu à des erreurs regrettables sont relativement rares et pour ainsi dire particuliers à la femme. Il arrive de rencontrer des femmes entre 20 et 40 ans, dont l'abdomen et les seins ont pris tout à coup un accroissement rapide qui a pu leur en imposer pour une grossesse; d'autant plus que, dans ces conditions, la menstruation fait généralement défaut. Quelques faits de ce genre existent dans la science, où ils sont connus sous les noms de *grossesse adipeuse* ou *fausse grossesse*, et ils seraient beaucoup plus nombreux, si on avait soin de les publier au fur et à mesure qu'ils se présentent. Presque tous les praticiens ont été à même d'observer au moins un cas de ce genre dans leur vie.

Une jeune femme, âgée de 22 ans, me pria, il y a quelques années, de vouloir bien l'examiner: elle se croyait enceinte. L'abdomen avait, en effet, un volume considérable; il était globuleux, les seins étaient énormes, l'aréole large et cuivrée. Quelques mouvements étaient ressentis dans le ventre, les règles faisaient défaut, elles n'avaient jamais existé. Cette dernière circonstance déjà n'était pas favorable à une grossesse ; du reste, la palpation du ventre ne permettait de sentir aucune partie solide et résistante, la percussion bien pratiquée donnait lieu à de la sonorité ; mais ce qui, dans l'espèce, vint lever tous les doutes, ce fut, malgré l'excellente conformation des parties génitales extérieures, l'imperforation du vagin. A quelques centimètres de la vulve, cet organe se terminait par un cul-de-sac, et

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 décembre.

FEUILLETON

CAUSERIES

Encore une grande figure médicale qui disparaît ! Encore une belle intelligence éteinte ! Elie Gintrac, né à Bordeaux, avait toute la finesse de cette population heureusement douée qui habite les bords de la Garonne, mais il avait de plus la prudence du Normand unie à la persévérance du Breton. C'était un Gaulois complet et de grande race. Avec de pareilles facultés, il faudrait qu'aucune occasion favorable ou qu'aucune chance heureuse ne se présentât et n'entr'ouvrît la porte du succès. Dès le début de sa carrière ; dès sa thèse sur la cyanose, qui fut comme un événement médical, M. Gintrac vit la fortune lui sourire, la fortune, qui n'est pas cette déesse inconstante et capricieuse dont se plaignent les impuissants, mais qui prend au contraire par la main et conduit jusqu'aux sommets ceux en qui elle reconnaît force, caractère et volonté.

M. Gintrac possédait toutes ces qualités supérieures; aussi positions, fonctions, honneurs, considération, grande et haute clientèle, il a tout obtenu, il a su tout conserver, car plus sage et plus habile que beaucoup d'autres médecins, il est toujours resté médecin, imposant silence, s'il en éprouvait, à des ambitions politiques, ces perfides écueils sur lesquels nous avons vu s'échouer tant de fortunes médicales.

Il y a eu trente-deux ans au 1er novembre dernier que j'ai vu M. Gintrac pour la première fois, au Congrès médical de 1845, où il avait été délégué comme professeur et directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux. Je fus frappé de la noblesse de sa tête, de la

l'utérus n'existait vraisemblablement pas. Un cas assez semblable est rapporté par Tarnier dans le *Traité d'accouchements* de Caseaux (7e édit., p. 221). Dans les faits plus nombreux où la conformation des organes génitaux est normale, le diagnostic plus obscur est cependant facile, pour peu que l'attention du médecin soit éveillée sur la possibilité d'une éventualité de ce genre. Les signes physiques fournis par l'examen de l'abdomen, l'absence de modifications du col utérin et de l'utérus sont des circonstances qui ne laissent guère prise au doute.

La fausse grossesse est, dans certains cas, un désordre de la ménopause. Une femme, âgée de 47 ans, se présentait à moi, il y a peu de jours, comme étant enceinte. Depuis six à sept mois, elle n'était plus réglée, et elle avait pris un embonpoint notable du côté de l'abdomen et des seins; de plus, elle avait des vomissements glaireux après les repas; et, depuis trois mois, elle éprouvait, à gauche de l'ombilic, des sensations de reptation et croyait sentir quelque chose se mouvoir lorsqu'elle appliquait sa main en ce point. En même temps l'épiderme de la face s'était coloré et avait formé un véritable masque; les seins, douloureux, laissaient suinter un peu de colostrum, lorsqu'on excitait le mamelon; la malade reconnaissait que son caractère était plus irritable, et elle supportait difficilement les approches de son mari. L'examen physique ne tarda pas à nous renseigner sur cette situation, il montrait que l'utérus était parfaitement normal.

Telle est la première partie du diagnostic de l'obésité. La seconde partie est plus difficile; partir des caractères de cette affection pour arriver à la cause qui l'a produite est chose possible seulement dans quelques cas, chez les buveurs, par exemple, où le dépôt graisseux prédomine sur quelques points, principalement la paroi abdominale antérieure et les épiploons.

L'obésité doit être envisagée comme un état grave de l'organisme. Les personnes obèses atteignent peu un âge avancé, elles succombent d'ordinaire à un désordre des fonctions circulatoires et respiratoires, ou encore à une apoplexie cérébrale, et sont exposées à une mort rapide ou subite qui survient principalement à la suite des repas. Dans plusieurs cas de ce genre, l'autopsie ne me révéla d'autres désordres que la surcharge adipeuse des organes, un certain degré de stéatose cardiaque, et l'existence, dans le cœur, d'un sang liquide, noir, renfermant parfois des gouttelettes graisseuses. D'un autre côté, les maladies aiguës sont beaucoup plus graves chez les personnes obèses que chez celles qui ne le sont pas. La température s'élève

---

dignité de ses manières, de l'urbanité et de la distinction de son langage. C'est M. Gintrac qui, dans cette assemblée célèbre, ouvrit cette série de rapports remarquables sur toutes les questions d'organisation médicale, enseignement et exercice, par un très-beau rapport sur l'enseignement dans les Facultés et les Ecoles de médecine. Ce rapport fut très-applaudi, et M. Gintrac en soutint la discussion avec talent et esprit. Toutes les conclusions de la commission dont M. Gintrac fut l'éloquent interprète, furent adoptées à l'unanimité. Que de peines s'épargneraient ceux qui croient proposer des choses nouvelles s'ils lisaient les actes de ce Congrès mémorable ! M. Gintrac en avait conservé un très-bon souvenir, et, toutes les fois que j'ai eu l'honneur de le voir, il m'en a toujours parlé avec grande estime. Il en a, du reste, consigné le témoignage dans l'*Introduction* de son grand ouvrage de pathologie médicale.

M. Gintrac occupait, à Bordeaux, dans le département de la Gironde et dans les départements voisins, une position médicale considérable. Il était même quelquefois appelé à Paris, et assez grand nombre de malades de Paris faisaient le voyage de Bordeaux pour aller le consulter. Je me souviens très-bien que, durant son séjour à Paris, pendant le Congrès médical, on est venu plusieurs fois chercher son adresse chez le secrétaire général. Ces grandes situations médicales, dans les départements, n'ont rien de comparable à Paris, où les célébrités de notre robe sont un peu noyées dans tant d'autres célébrités des sciences, des lettres, des arts, du barreau, de la politique, etc. Plusieurs fois, dans mes voyages en province, j'ai été surpris de cette différence. Une grande célébrité médicale est plus connue, plus notoire, plus populaire en province qu'à Paris. Gintrac, à Bordeaux; Viguerie, à Toulouse; Delpech, à Montpellier; Landouzy, à Reims; Colson, à Beauvais; Moreau, à Bar-le-Duc, et tant d'autres, tant d'autres pour ne parler que des morts, jouissaient, dans leurs résidences respectives, de plus d'action et d'influence que des réputations similaires et supérieures à Paris.

moins par suite du peu d'activité des oxydations, mais aussi la résistance est moindre, l'adynamie est fréquente et la chaleur très-mal supportée. Une température qui se maintient vers 49° centig. pendant quelque temps, est, pour ainsi dire, toujours fatale.

Etiologie et pathogénie. — L'obésité se montre généralement entre 30 à 40 ans, ou même plus tard, vers l'âge de 45 à 50 ans. Toutefois, la plupart des individus atteints de polysarcie monstrueuse ont présenté, dès leur première enfance, des signes manifestes de cette disposition. Ceux qui acquièrent un embonpoint excessif, mais non extraordinaire, commencent leur obésité quelquefois vers l'âge de 20 ans ou plutôt. Les femmes sont, plus que les hommes, exposées à cette affection, les individus dont le système lymphatique prédomine que ceux dont le tempérament est nerveux.

Certaines professions prédisposent à l'embonpoint : ce sont d'abord toutes les professions sédentaires, quand surtout elles s'exercent dans un endroit dont la température est élevée, ensuite les professions qui exposent aux émanations animales, comme celles de boucher et de charcutier, ce que l'on a attribué au milieu dans lequel vivent les individus qui les exercent, mais ce qui nous paraît tenir aussi à la nourriture succulente dont ils font usage.

L'obésité est inégalement répandue parmi les différents peuples, aussi la distribution géographique de cette affection a-t-elle plus d'un côté intéressant, à la condition de rechercher les circonstances qui la développent. Les habitants des régions boréales, bien que se nourrissant surtout de graisse de poisson, ne sont généralement pas obèses, il faut arriver à la limite des climats froids et des climats tempérés pour rencontrer la polysarcie. Celle-ci, assez commune en Angleterre, en Hollande et dans le nord de l'Allemagne, est plus rare en France et en Italie. Elle est fréquente en Turquie, en Egypte (1), dans la Tunisie (2) et dans un grand

(1) Prosper Alpin a remarqué que le régime des habitants de l'Égypte, l'abus des plaisirs de Vénus, l'usage habituel des bains chauds et la chaleur du climat rendaient les hommes si replets qu'il n'était pas rare de voir leurs mamelles se développer et excéder en volume celles des femmes les plus grasses.

(2) Les Tunisiens ont une curieuse habitude d'engraissement pour leurs jeunes filles en vue du mariage. Une jeune fille, après ses fiançailles, est enfermée dans une petite pièce; la nourriture employée dans ces circonstances est une petite graine appelée nough, qui possède à un haut degré le pouvoir d'engraisser. Mungo Park parle de mères africaines qui gorgeaient

---

Etonnez-vous, dès lors, de voir tant de confrères dans les départements succomber à la tentation politique! Il est vrai qu'à Paris..... mais chut!

Ne croyez pas, cependant, que M. Gintrac soit arrivé à une position éminente sans lutte et sans rencontrer des oppositions. Non; tout n'a pas été *de plano* dans cette brillante carrière. Mais, outre que je craindrais d'être insuffisamment renseigné, je ne vois aucune opportunité à rappeler des souvenirs que la longue maladie de M. Gintrac doit avoir affaiblis et que sa mort doit éteindre. Je suis convaincu qu'aux obsèques de M. Gintrac tout le Corps médical de Bordeaux s'est rencontré pour rendre hommage à la mémoire d'un maître qui a honoré la profession par ses talents, ses services et la dignité de sa vie.

M. Gintrac possédait une des rares bibliothèques médicales qui existent encore en France. Elle est riche surtout en littérature médicale étrangère, et principalement en thèses soutenues dans les Universités du monde savant. C'est ainsi que s'expliquent les innombrables notes et citations dont il a enrichi son grand ouvrage de pathologie, malheureusement non terminé. Son digne fils, Henri Gintrac, aura-t-il le loisir de compléter l'œuvre de son père, absorbé qu'il est aussi par les devoirs de l'enseignement et les exigences de la clientèle ?

Qu'il me soit permis d'ajouter qu'aux grandes qualités de son père, M. Henri Gintrac ajoute quelque chose de plus liant, de plus conciliant, de moins autoritaire, qui lui attire moins de contradicteurs et plus de sympathie.

Vous vous souvenez peut-être, ami lecteur, — quelle prétention de ma part! — d'une *Causerie* que j'ai commise vers le milieu de novembre dernier, et dans laquelle j'insérai une communication qui m'avait été adressée par une sage-femme de 1re classe, exerçant dans le département de la Seine. Cette communication, si vous vous la rappelez, excédait les bornes

nombre de régions tempérées ou chaudes et en même temps humides. L'influence climatérique, dans l'espèce, n'a toutefois qu'une faible importance ; la vie sédentaire et le régime, voilà les principales causes de l'obésité.

C'est parmi les personnes qui n'ont aucune occupation et celles qui négligent les exercices du corps que, même dans ces contrées, se trouvent le plus grand nombre de cas d'obésité. Le repos du corps et de l'esprit, et par conséquent les professions qui n'exigent ni exercice musculaire ni travail intellectuel, sont des conditions favorables à la production de la polysarcie, et ces conditions, du reste, nous rendent compte de la plus grande fréquence de cet état chez la femme. Ajoutons que l'obésité a d'autant plus de tendance à se produire que la profession s'exerce dans un milieu plus confiné et moins exposé à la lumière ; cette circonstance est en rapport avec ce qui se pratique sur les animaux que l'on veut engraisser. La pratique a, depuis longtemps, appris aux agronomes que pour faire servir la matière alimentaire au développement des tissus et à l'accumulation de la graisse, il faut éviter tout déploiement de force musculaire, et, autant que cela est compatible avec l'entretien de la vie, maintenir l'organisme dans un état de repos profond ; autrement la matière combustible qui serait détruite pour produire le mouvement serait perdue pour l'objet qu'on se propose. Mais, du reste, certaines conditions de régime sont, en outre, nécessaires au développement de la surcharge adipeuse.

L'ingestion d'une trop grande quantité de substances alimentaires est une cause commune de polysarcie. Parmi ces substances, les graisses tiennent le premier rang, et si les peuples qui en font le plus grand usage ne sont pas obèses, cela tient à des conditions de milieu toutes spéciales, principalement l'action du froid qui, en provoquant l'exercice musculaire, ne permet pas l'emmagasinement des matières grasses. On comprend qu'il en soit autrement lorsque ces conditions viennent à changer. Après les graisses se placent les substances hydrocarbonées. Galien observe que les gens qui surveillent les vignes et qui demeurent deux mois sans manger autre chose que des figues et des raisins deviennent gras. Les esclaves chinois, au moment de la récolte du sucre, engraissent sans autre alimentation que la canne à sucre mûre, et la même chose se remarque dans les Indes occidentales (cit. de

(comme les volailles à l'engrais) leurs filles afin qu'elles puissent plaire aux princes qui voyageaient à travers le grand désert.

---

des outrages qu'une femme illettrée peut adresser à l'orthographe, à la syntaxe et à la grammaire. Et je me demandais : Comment se fait-il qu'un jury se soit rencontré qui ait pu délivrer un diplôme d'exercice à une telle ignorante? Quelles garanties de première ou de primaire instruction exige-t-on donc des personnes qui aspirent au titre de diplôme de 1re classe? A ces questions, je n'ai reçu ni réponse ni explications; mais je crois bien que j'ai là sous les yeux une réponse indirecte, et qui semble me dire : Monsieur Simplice, ne jugez pas toutes les sages-femmes de 1re classe par l'échantillon que vous nous avez donné. Elles ne sont pas toutes aussi complétement illettrées que votre correspondante, et, en preuve, veuillez lire et insérer le petit travail suivant.

Ce travail est intitulé : *Causerie d'une sage-femme.* Causerie contre causerie, c'est de bonne guerre. Je reconnais d'abord que la calligraphie en est fine, délicate, maigrelette comme une écriture de femme, mais élégante et d'une certaine distinction.

L'orthographe est irréprochable, et, quant au style, vous allez en juger, car si j'éprouve le regret de ne pouvoir tout publier de cette causerie, j'en citerai un fragment suffisant pour faire apprécier la forme et le fond de cette communication.

La causerie d'une sage-femme.

« Une opération de chirurgie la plus extraordinaire, l'enlèvement du *globe utérin* (la matrice et les ovaires) par un éventrement complet; guérison en quatorze jours, telle est la description que je désire confier à l'UNION MÉDICALE, après avoir été témoin oculaire de cette merveille.

. . . .

Je suis encore toute émue d'un pareil spectacle. Je regardais comme tellement inguérissable cet éventrement complet, dont j'ai été témoin, que j'ai voulu suivre, presque jour par jour,

Waad, p. 79). Chossat (1) a vu des animaux soumis au régime du sucre mourir sans perdre leur embonpoint toutes les fois qu'ils n'étaient pas pris de diarrhée. Hoppe (2) a constaté qu'en associant le sucre à la viande dans l'alimentation du chien, on détermine une diminution dans la quantité d'urée excrétée et une augmentation plus rapide du poids du corps que dans le cas où la ration se compose de viande seulement. Les substances féculentes ont également sur la formation de la graisse une influence qui ne paraît pas contestable, quoique cette influence soit mise en doute depuis que les recherches de Pettenkofer et C. Voit ont montré que la graisse peut provenir du dédoublement de l'albumine. Suivant ces expérimentateurs, les féculents seraient surtout des aliments d'épargne, qui permettraient de fixer la graisse, laquelle, en leur absence, subirait de nombreux processus de décomposition et d'oxydation. Cette manière de voir est sans doute par trop exclusive, mais il ne faut pas moins accepter la transformation des matières albuminoïdes en graisse par le fait du travail de nutrition. Dans toute circonstance, l'excès d'aliments est une cause d'embonpoint d'autant plus puissante que la respiration est moins active.

Les excès de boissons sont encore des causes de polysarcie. La bière est, à ce point de vue, l'une des substances les plus dangereuses, tant à cause du sucre que de l'alcool qu'elle renferme. Les liqueurs fermentées et distillées, le thé et le café, ont des inconvénients analogues; les personnes qui abusent de ces boissons, pour peu qu'elles aient une vie sédentaire ou une profession peu active, sont exposées à prendre un embonpoint exagéré (Voy. mon article *Alcoolisme* du *Dictionn. encyc. des sciences méd.*, t. III). D'un autre côté, les mangeurs d'arsenic et les individus qui font usage d'un traitement mercuriel inopportun ou trop longtemps continué sont quelquefois atteints de surcharge adipeuse. L'habitude de prendre de l'arsenic pour s'engraisser est un fait bien connu des habitants de la Styrie; quant à l'engraissement par le mercure, il n'avait pas échappé aux premiers syphiligraphes qui firent usage de ce médicament. Rabelais lui-même parle de l'embonpoint des individus soumis à la médication mercurielle. De nos jours, cette médication, dont quelques syphiligraphes abusent encore, conduit parfois à une polysarcie momentanée. J'ai vu plu-

(1) Chossat, *Expériences sur les effets du régime du sucre,* anal. dans *Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale*, t. XXXI, p. 449.

(2) Hoppe, dans *Archiv. für path. Anat. und Physiolog.*, 1856, t. X, p. 144.

---

les conséquences d'une si merveilleuse opération, qui a enlevé 4 ou 5 kilos pesant de tissus et de chairs, et que je n'ai voulu me hasarder à demander la permission de cette causerie qu'après avoir été certaine de la guérison.

Faite le 5 novembre, en présence de sommités médicales et chirurgicales, l'opération ne laissait après elle qu'une douleur sourde et supportable. La malade opérée a été tenue dans une ignorance complète de l'extraordinaire extraction qui l'a sauvée. Au cinquième jour, elle pouvait prendre une nourriture même solide, et, au quatorzième jour, elle entrait en convalescence et pouvait se lever. A présent elle est sur pied, rendue à une *taille normale*, et très-heureuse des renseignements qui l'ont conduite, du fond de sa province, et à plus de 40 ans d'âge, entre les mains d'un des plus habiles opérateurs.

. . . .

Du reste, pourquoi une sage-femme, si elle est formée sur la théorie par des études sérieuses, fortifiées d'une longue expérience et d'une fréquente pratique, ne viendrait-elle pas faire part de ce qu'elle sait, et de ce qu'elle n'a appris que pour être utile aux personnes de son sexe? Les femmes ne composent-elles pas la moitié du genre humain? Ne sont-elles pas plus exposées aux maladies, aux souffrances journalières, et cela en raison de leur constitution bien plus riche, bien plus compliquée que celle des hommes : la Providence ayant disposé en elles les organes les plus admirables pour les fonctions de la maternité?

. . . .

Quand je l'ai abordée, en compagnie de quelques sommités doctorales, seules admises, la malade était déjà sur son lit, à moitié endormie par le chloroforme, le visage couvert. N'ayant plus de connaissance, elle fut, comme une machine inerte, convenablement placée par l'opérateur. Une tumeur, plus grosse que la tête, donnait au ventre une prépondérance se dessi-

sieurs jeunes gens, sobres d'ailleurs, perdre leurs formes élégantes, acquérir tout à coup un embonpoint exagéré, devenir obèses en un mot, à la suite d'un traitement mercuriel prolongé et inopportun.

Indépendamment de ces influences matérielles ou physiques, il est des causes d'obésité que l'on pourrait appeler physiologiques et même pathologiques. Si ces causes ne sont pas toujours efficientes, elles sont du moins déterminantes. Il est commun de voir l'embonpoint apparaître à un certain âge chez les individus atteints d'emphysème et qui, par cela même, ont une respiration peu active; il en est de même chez les personnes dont la circulation pulmonaire est entravée : ainsi, tout ce qui ralentit la respiration ou la circulation peut conduire à l'obésité. C'est à l'une ou à l'autre de ces conditions qu'il convient de rattacher la polysarcie des goutteux et des rhumatisants, et peut-être aussi celle des scrofuleux, car attribuer cette disposition à la diathèse, cela ne signifie absolument rien.

Les fonctions génitales ont un rapport manifeste avec l'obésité ; non-seulement la plupart des femmes obèses ont leurs fonctions menstruelles troublées, mais la polysarcie est un état commun chez les eunuques, et les femmes dont les ovaires n'ont jamais fonctionné ou cessent tout coup de remplir leur fonctions, ont la plus grande tendance à contracter de l'embonpoint. C'est ainsi qu'une jeune personne de 22 ans, dont les ovaires faisaient défaut ou n'étaient pas développés, puisqu'elle ne se souvenait pas d'avoir jamais eu le moindre symptôme prémonitoire de la menstruation, me fut présentée comme atteinte de grossesse, tant son abdomen était développé par l'accumulation de la graisse. Plusieurs fois, du reste, des troubles des organes sexuels ne cèdent chez la femme qu'après la disparition de l'obésité, et réciproquement l'embonpoint ne diminue souvent qu'après la guérison ou l'amélioration des maladies sexuelles.

(La fin à un prochain numéro.)

MOYEN DE CONSERVER LE VACCIN

Il y a peu de temps, je lisais, dans la *Revue de thérapeutique* (je crois) : « Où donc se procurer du vaccin ? »

Aujourd'hui je trouve, dans l'UNION MÉDICALE du samedi 8 décembre, une communication relative à la conservation du vaccin en tubes, envoyés par le Comité de vaccine de Naples. (Société médicale de Paris.)

---

nant très-bien par la position de la malade. Voici qu'arrive l'opérateur, qui va faire sur un être vivant une véritable dissection qui ne se pratique qu'à l'amphithéâtre. Le frisson vous saisit à la vue de tous les instruments tranchants qu'il déploie, des appareils qu'il étale. Les cuvettes, les éponges, les épingles, les aiguilles pour la suture, des fils de fer, et jusqu'à des aiguilles longues à matelas, tout est prêt, et sept à huit aides, introduits à l'insu de la patiente, tous docteurs en renom, devenus étudiants par circonstance, sont à leur poste, et s'apprêtent à remplir chacun la fonction qui lui est attribuée.

L'opérateur, seul à l'aise, disons-le, en raison de sa longue habitude, s'installe, retrousse ses manches, et va plonger, par éventrement réel, dans ce gouffre du corps humain, pour en enlever la mort, en ayant l'air de la donner. Son scalpel est un véritable tranchet, avec lequel il commence hardiment une entaille au-dessus du nombril, qu'il contourne, et l'achève en serpentant, de manière à ouvrir le ventre tout entier, en coupant tout, épiderme, derme, tissu cellulaire, ou graisse très-épaisse, muscles, aponévroses, péritoine. En outre du volume qu'il va chercher, l'opérateur rencontre donc une épaisseur de ventre de 5 à 6 centimètres, ce qui complique grandement la situation. Tout est coupé, tranché parfaitement, totalement ; et, telle est l'habileté des aides-docteurs, que pas une goutte de sang ni aucun liquide ne vient embarrasser le travail, gêner la vue. Chaque vaisseau tranché est aussitôt fermé par de petites pinces, et de fines éponges laissent au net les graisses et les chairs coupées.

Avec une aisance incontestable, l'opérateur pénètre à travers tout obstacle *jusqu'au globe utérin*, la matrice qui, au lieu d'avoir l'apparence d'une poire ou d'une gourde étranglée du col, petite en volume et de la grosseur au plus d'un œuf, présente un volume extraordinaire, dépassant la grosseur de la tête.

Sans hésiter, cette masse charnue, fibreuse, dure, est entaillée, coupée par tranches comme

Je ne sais quels motifs empêchent le docteur Margotta d'indiquer la méthode qui lui permet de conserver le vaccin dans sa pureté, *pendant un an.*

Permettez-moi de porter à votre connaissance le moyen qui, pour cet objet, ne m'a jamais fait défaut :

Depuis au moins dix-huit ans, je me sers du même vaccin, que je recueille, et que j'emploie toujours avec le même succès, indistinctement, celui du jour, d'un et de plusieurs mois, d'une année même ; je puis vous affirmer que, le 22 juin dernier, je me suis servi d'un vaccin pris le 21 juin 1875, et qui, après deux ans, m'a donné le résultat le plus satisfaisant.

Ma vieille expérience m'a prouvé, depuis quarante-cinq ans, que le vaccin s'altérait bien vite au contact de la lumière, de l'air atmosphérique, du froid, de la chaleur, de l'humidité et de l'électricité. Tous mes efforts tendent donc à le soustraire à ces agents ; et MM. les docteurs Perrin et Polaillon pourront se convaincre qu'il n'y a rien d'exagéré dans ce que j'avance, s'ils veulent expérimenter un vaccin d'un mois, d'un an, et même plus, en prenant les précautions que je vais indiquer :

Voici donc le moyen, bien simple, qui me réussit à merveille :

Je choisis plusieurs enfants de bonne constitution, issus de parents *sains,* ce qui est facile, puisque, à la campagne, je connais tout mon monde.

Je fais venir chez moi, le matin, avant que le jour soit trop vif, ces enfants, vaccinés depuis sept à huit jours au plus, en ayant soin d'avoir tout prêts des tubes bien secs, une bougie allumée, de la cire à cacheter, et une éprouvette en verre bleu. J'ouvre alors les pustules à un seul enfant à la fois, et quand les gouttelettes, *exemptes de sang,* se présentent, je remplis *complètement* mes tubes, qui sont aussitôt bouchés à la cire et placés dans l'éprouvette. Je bouche celle-ci hermétiquement, après y avoir introduit un bout de papier où j'inscris le nom de l'enfant et la date de ma collection de tubes ; je coule de la cire sur le bouchon et le goulot de l'éprouvette, et je la fais porter *immédiatement* au fond le plus obscur de ma cave. J'ai ainsi bon nombre d'éprouvettes amplement garnies, pour moi et pour mes confrères qui en manquent.

La lumière n'a pas le temps d'agir ; l'air fait défaut, l'humidité ne peut pénétrer, le froid comme la chaleur sont nuls, puisque la température est toujours à peu près la même, et l'électricité n'a aucune prise.

Il est facile de comprendre que le vaccin venu de Naples a pu subir des variations de température qui ont nui à sa qualité ; l'électricité peut-être l'a altéré, car je n'emploie qu'avec une bien minime confiance le vaccin que je transporte dans les campagnes, si j'ai été surpris en route par un orage.

Que toutes les précautions que j'indique, si minutieuses qu'elles sembleront, soient prises, et je réponds du succès. COLINET.

Tagnon (Ardennes), 9 décembre 1877.

---

un melon, jusqu'à la première parcelle, en compagnie des ovaires qui s'y rattachent ; car c'était la matrice qui était ainsi devenue fibreuse, dure, à ce point que le tranchet, en coupant, faisait entendre le bruit d'une citrouille qu'on entame, quand elle est ferme et peu mûre.

La fameuse tumeur est enlevée. Tandis qu'on maintient à l'extérieur la partie par laquelle elle était adhérente au corps et recevait son accroissement, tout le ventre est rapproché, toutes les parties à la fois, et cousu dans toute son épaisseur, lorsqu'un accident, qu'on ne devinerait jamais, menace de tout compromettre. La suture était presque terminée, quand une légère protubérance provoque un soupçon : une serviette était restée dans le ventre, cachée par les intestins débordés sur elle. Elle est extraite. La suture est terminée, sauf à l'endroit par où tient au corps le globe utérin disparu. Après la dernière coupure, on cicatrise la plaie avec un fer rougi au feu. La nature devra faire le reste, rejeter le fil de fer placé au pied de la tumeur, ainsi que les immondices, rares cependant, qu'elle ne peut s'assimiler en amenant la cicatrisation de la plaie. C'est ce qui se fit en peu de jours, la malade ne se doutant toujours pas de l'immense travail opéré sur son corps, et se tranquillisant à cet égard par le bien-être que lui donnent son ventre rendu à son volume naturel, l'appétit qui revient et la facilité des autres fonctions.

Nous l'avons dit, après *cinq jours,* la malade mangeait, même une côtelette ; puis, quelques jours après, elle marchait et était revenue à la vie, capable, après trois semaines, de retourner dans sa province, proclamant sa guérison merveilleuse, l'adresse de l'éminent opérateur, le docteur P..., celle des sommités doctorales, ses aides intelligents, notamment du très-habile docteur B..., chargé de l'administration du chloroforme, dont l'absence eût rendu l'opération impossible ; cette administration, mal faite, rendrait mortelle la cure merveilleuse dont je viens de donner la description.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

ÉTUDES SUR LA PROFESSION MÉDICALE et sur quelques questions d'économie charitable, suivies de l'histoire des établissements et des institutions qui existaient à Rodez, par M. le docteur L. VIALLET. Brochure in-8° de 113 pages. Paris, 1876; Asselin.

C'est le recueil de brochures qui ont été publiées isolément, il y a déjà, pour la plupart, de très-longues années, et qui ont été, à des titres divers, remarquées en leur temps. Un homme qui a honoré le journalisme, et que je tenais personnellement en très-affectueuse estime, M. Jules Duval, rédacteur de l'*Economiste français*, a donné, de l'œuvre de M. le docteur Viallet, une appréciation que je vais partiellement reproduire, en l'approuvant. Dans une nécrologie de l'asile de Saint-Cyrice, du cours d'accouchement et de l'hospice de la Maternité de Rodez, M. le docteur Viallet montre à quelle instabilité sont livrées les positions personnelles et même les institutions charitables, sous le régime de la centralisation administrative qui donne aux préfets un pouvoir à peu près absolu sur les hommes et sur les choses. L'idée fondamentale de son plan de réorganisation consiste dans la création d'hôpitaux cantonaux, destinés à offrir aux habitants de la campagne les soins de la science, le dévouement des sœurs infirmières, les ressources de la pharmacie, et en même temps de retenir, à proximité de leurs familles et de leurs villages, ces multitudes laborieuses qui courent vers les villes, où les attirent, entre autres avantages, les garanties contre la maladie et la vieillesse. A l'appui de sa thèse, M. Viallet retrace quelques souvenirs de l'histoire hospitalière, tant de la France que du département qu'il habite, et montre par quelles annexions, le plus souvent violentes et contraires à la volonté des donateurs, les villes se sont approprié les revenus et les terres que possédaient les hôpitaux et hospices primitivement fondés dans les communes rurales ou les petites villes situées au voisinage des pauvres. L'histoire est instructive, mais peu édifiante.

M. Viallet a groupé, autour de son idée principale, beaucoup de vues secondaires sur le système financier des hôpitaux, sur les préparations pharmaceutiques dans ces établissements, sur les médecins cantonaux, les couvents, les orphelinats, les salles d'asile, les écoles, les enfants assistés, les secours à domicile, les hôpitaux spéciaux d'enfants et d'ophthalmiques, sur les cours d'accouchements, sur les nourrices, sur les asiles des invalides du travail... Est-ce tout? Je n'en suis pas sûr. Dans tous les cas, il n'en faut pas tant pour attirer l'attention des esprits qui se préoccupent de nos intérêts professionnels et de ceux de l'humanité. — M. L.

Tout imparfaitement qu'elle est tracée par la main d'une femme, qui a besoin de l'indulgence du lecteur, je ne crois pas sans utilité de faire connaître cette observation. . . . . .

« Du Dieu qui nous créa, la clémence infinie,
« Pour adoucir les maux de cette courte vie,
« A placé parmi nous deux êtres bienfaisants,
« De la terre à jamais aimables habitants,
« Soutiens dans les travaux, trésors dans l'indigence,
« L'un est le doux sommeil, et l'autre l'espérance. »
(*Henriade.*)

. . . .

Je ne terminerai pas cette description, que je voudrais avoir rendue intéressante, sans communiquer la réflexion morale qui m'a pénétrée tout le temps que j'ai été témoin de cette opération merveilleuse ; c'est que, à mon sens, nulle étude, autant que celle de la médecine, n'associe l'homme aux divines conceptions du Créateur. S'il est instruit, studieux, méditatif, s'il a le cœur libre de toute aberration, le médecin ne peut être, par l'observation des merveilles qui composent le corps, qu'un homme profondément adorateur et religieux.

M. JACOB, sage-femme de 1[re] classe, ancienne élève de la Clinique d'accouchement. »

Je me plais à penser que mes lecteurs diront, comme moi, que voilà une élève qui fait honneur à la Clinique d'accouchement de la Faculté.

Cependant, il y a un détail dans cette observation qui me chiffonne un peu : c'est l'histoire de cette serviette oubliée dans le ventre de cette malheureuse opérée. Malgré son admiration légitime pour l'habileté incontestée de l'opérateur, M[lle] Jacob a fait preuve d'une grande et noble impartialité en ne dissimulant pas cet épisode, au moins bizarre, dans ce drame chirurgical.

D[r] SIMPLICE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 10 décembre 1877. — Présidence de M. PÉLIGOT.

Décidément, les préoccupations étrangères à la science sont les plus fortes, et l'intérêt est ailleurs : à trois heures dix minutes, lecture du procès-verbal; ensuite, dépouillement de la correspondance; puis, présentation d'une note par M. Pasteur, et, personne ne demandant la parole, rien n'étant plus à l'ordre du jour, l'Académie se forme en comité secret. Il n'est pas trois heures et demie.

La note présentée par M. Pasteur lui a été adressée par M. Henri Gueneau de Mussy. Elle est intitulée : « Théorie du germe du contage. » La question est de savoir si les êtres microscopiques que l'on trouve dans le sang des individus affectés de maladies contagieuses, infectieuses, sont, comme le veulent quelques observateurs, de simples épiphénomènes, effets de la maladie elle-même, ou si, au contraire, ce sont eux qui causent la maladie. L'auteur a résumé, dans son travail, les publications extrêmement nombreuses qui ont paru en Angleterre à ce sujet, et beaucoup de celles qui ont paru en Allemagne. A une immense érudition, M. Henri Gueneau de Mussy joint une expérience personnelle considérable qui donne à son opinion une autorité incontestée. Or, il se range du côté de ceux qui considèrent les germes microscopiques comme l'origine du contage.

C'est une grosse question, ajoute M. Pasteur, et, depuis quelques années, il n'est peut-être pas un seul numéro de journal ou de revue, à l'étranger, qui ne consacre un article à ce sujet.

Dans la précédente séance, M. H. Bouley avait présenté, de la part de M. H. Toussaint, une note sur le mécanisme de la mort consécutive à l'inoculation du charbon au lapin.

« La bactéridie est la cause du charbon, et provoque l'asphyxie en enlevant aux globules l'oxygène nécessaire à l'hématose », telle est la conclusion des expériences de MM. Pasteur et Joubert. — Les expériences de M. Toussaint furent faites sur des lapins inoculés avec du sang d'animaux morts du *charbon* ou du *sang de rate*, et contenant un grand nombre de bactéridies :

« Je voulus d'abord, dit-il, vérifier l'hypothèse de la mort par asphyxie des globules. Je plaçai donc un lapin, arrivé à la période des symptômes graves, sous une cloche dont l'air était suffisamment chargé d'oxygène pour ranimer une allumette éteinte; de nouvelles quantités d'oxygène étaient constamment amenées sous la cloche; un aspirateur établissait un courant.

L'animal placé dans ces conditions mourut au bout d'une demi-heure, sans que son état eût été modifié par le mélange gazeux. Un deuxième lapin, moins malade, mourut au bout de trois quarts d'heure. Je remarquai seulement un ralentissement des mouvements respiratoires, qui de 90 tombèrent à 50. En somme, la respiration d'un air fortement chargé d'oxygène ne m'a semblé ni retarder ni accélérer la mort. La respiration artificielle, pratiquée sur deux autres lapins, n'a produit aucun résultat.

Il me semblait difficile, après ces expériences, d'accorder à l'asphyxie par défaut d'oxygène une part aussi grande que celle qui lui a été faite récemment; néanmoins, les symptômes observés sur les lapins charbonneux sont bien ceux de l'asphyxie lente : les animaux s'éteignent dans le coma, sans présenter de convulsions.

J'examinai alors le système capillaire, et je choisis à cet effet une membrane mince, transparente, l'épiploon ou le mésentère, que je portai sous le microscope immédiatement après la mort. Je constatai des lésions extrêmement importantes. Un grand nombre de capillaires sont remplis par des bactéridies; dans beaucoup d'entre eux, l'obstruction est assez complète pour qu'on n'y constate pas de globules sanguins. Souvent même ils échapperaient à l'observation, sans la présence des bactéridies qui en indiquent le trajet, comme le ferait une injection. Les artérioles elles-mêmes sont obstruées par des paquets de bactéridies, derrière lesquels sont accumulés les globules sanguins.

L'examen d'autres parties du corps fait constater des lésions de même nature : les villosités intestinales sont injectées, à leur sommet, d'un mélange de sang et de bactéridies. Dans les capillaires de la base, il en est un grand nombre entièrement remplis par les bactéridies. Les vaisseaux du cerveau sont presque exsangues. Les capillaires, extrêmement fins, renferment peu de bactéridies; mais celles-ci se trouvent en grand nombre dans les vaisseaux plus volumineux.

Mais les lésions les plus complètes et les plus importantes se trouvent dans le poumon. A l'ouverture de la cavité thoracique, cet organe s'affaisse incomplétement; un grand nombre de points sont emphysémateux; sa couleur est grisâtre; les vésicules et les bronches sont

remplies de spumosités. Un petit fragment de ce poumon, porté sous le microscope et dissocié, ne laisse constater tout d'abord qu'un feutrage de bactéridies. En examinant plus attentivement quelques alvéoles non effacées (celles qui renferment encore de l'air ne sont pas les moins instructives), on parvient à isoler un plan de vaisseaux dont les limites sont indiquées par les bactéridies qui les remplissent. Il y a une véritable injection de ces bâtonnets, qui affectent toutes les directions et donnent au réseau capillaire un aspect particulier, que je ne puis mieux comparer qu'à un dessin de hachures faites avec la pointe d'un crayon taillé finement. Les globules sanguins sont rares au milieu des bactéridies : celles-ci remplissent complétement les vaisseaux.

Une préparation de poumon sain, examiné comparativement, rend ces désordres très-frappants.

Ces lésions sont suffisantes pour expliquer la mort ; il y a chez le lapin oblitération à peu près complète des vaisseaux du poumon, et, par conséquent, une grande difficulté pour le sang à passer du cœur droit dans le gauche ; aussi remarque-t-on, lorsqu'on ouvre la poitrine d'un animal sur lequel on pratique la respiration artificielle, que le cœur droit et les gros vaisseaux veineux sont extrêmement distendus; le cœur gauche bat, au contraire, presque à vide. Les artères sont déprimées; et la section d'une artère volumineuse, comme la radiale, ne donne qu'une hémorrhagie en nappe insignifiante. Les artères intercostales n'en donnent souvent pas, les opérations se font à sec (le sang artériel est rutilant). En revanche, le cœur droit ne se vide pas, il éprouve une difficulté de plus en plus grande à se contracter; il cesse de battre bien avant le cœur gauche. Les embolies vasculaires sont donc la cause immédiate de la mort.

On peut assister à la formation de ces embolies sur le lapin vivant. Après l'avoir fixé, on attire son épiploon au dehors, et l'on examine la circulation au microscope. La transparence de cette membrane permet d'employer tel objectif que l'on veut, et en fait bien certainement l'organe le plus propre à l'étude de la circulation capillaire. On peut ainsi assister, pendant une heure et plus, à un splendide spectacle qui emprunte ici un intérêt tout spécial à la présence des bactéridies et aux lésions que l'observateur voit se former sous ses yeux. Les bactéridies s'arrêtent dans les anses les plus excentriques, sont enlevées, s'accumulent de nouveau, finissent enfin par s'établir à demeure dans les vaisseaux, où l'on peut même constater leur élongation sur place : alors l'obstruction est définitive, la circulation se ralentit, devient bientôt impossible. Quelque temps avant la mort, elle est presque nulle dans les gros vaisseaux du mésentère. La viscosité des globules sanguins, qui se constate très-facilement, même dans les vaisseaux, doit contribuer aussi à augmenter la difficulté de la circulation.

En résumé, l'observation démontre que, chez le lapin, la mort, dans le cas de charbon, est le résultat de l'obstruction, par les bactéridies, des vaisseaux capillaires, notamment de ceux du poumon : l'*asphyxie a donc une cause mécanique.* Il y a en même temps perte partielle ou totale des propriétés des tissus, notamment des fonctions du système nerveux. » — M. L.

JOURNAL DES JOURNAUX

Des dégénérescences secondaires de la moelle épinière, dans le cas de lésions corticales du cerveau, par M. A. Pitres. — L'examen de cinq observations permet à l'auteur de formuler les conclusions suivantes, déjà en partie émises par M. Charcot :

1° Les lésions destructives, même très-étendues, de l'écorce des hémisphères cérébraux, ne déterminent pas de dégénération secondaire de la moelle lorsqu'ils siégent en dehors de la zone motrice cervicale;

2° Les lésions destructives, même peu étendues, de l'écorce des hémisphères cérébraux, donnent lieu à des dégénérescences secondaires de la moelle, lorsqu'elles siégent sur la zone motrice corticale;

3° Les fibres nerveuses des cordons latéraux de la moelle sont donc en rapport plus immédiat avec les parties de l'écorce du cerveau qui sont affectées à la motricité qu'avec le reste des circonvolutions cérébrales. (Société de biol., 21 octobre 1876, et *Gaz. méd. de Paris,* n° 27, 1877.) — H. H.

Note sur deux cas de chancre induré, observés chez des sujets ayant eu précédemment la syphilis, par M. A. Malherbe (de Nantes). — Dans ces deux cas, la seconde syphilis a été beaucoup plus bénigne que la première. Dernièrement, un auteur allemand, M. Caspary, a donné la relation de 3 cas de réinfection syphilitique, deux, quatre et treize ans après la première infection. (*Journal de méd. de l'Ouest,* 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

LOTION MERCURIELLE ANTIHERPÉTIQUE.

Bichlorure de mercure	0 gr. 10 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . . .	2 grammes.
Alcool.	15 —
Eau distillée d'amandes amères. .	15 —

Dissolvez les sels dans l'alcool et l'eau distillée, et ajoutez :

Émulsion d'amandes amères. . . 500 grammes.

Pour lotions dans le pityriasis, l'acné, l'eczéma chronique, les démangeaisons. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 15 DÉCEMBRE 1793.

Nicolas Lenel-Divory, chirurgien, maire de la commune de Vaize, département du Rhône, est condamné à mort, « comme contre-révolutionnaire », par la Commission révolutionnaire de Lyon. — A. CH.

COURRIER

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa séance du 8 décembre, la Société de médecine de Paris a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1878.

Ont été nommés : M. E. Géry, président; — M. Blondeau, vice-président; — M. de Beauvais, secrétaire général; — MM. Dieulafoy et Marcet, secrétaires annuels; — MM. Polaillon et Collineau, membres du comité de publication; — MM. Mercier et O. Larcher, membres du conseil d'administration.

L'ŒIL HUMAIN. — Un médecin américain, le docteur Loring, a discuté, dit le *Globe,* devant la Société médicale de New-York, une question intéressante : « L'œil humain change-t-il graduellement de forme sous l'influence de la civilisation moderne? » On a constaté que la faiblesse de l'œil et ses maladies, sous différentes formes, semblent avoir fait des progrès rapides dans une période récente. Le docteur Loring confirme cette opinion, au moins en ce qui concerne l'infirmité que l'on connaît sous le nom de vue basse.

L'étude continuelle, qui pour tant de personnes dans la vie moderne est devenue une nécessité, a une tendance, dit-il, à amener un dérangement de l'œil qui se perpétue souvent par l'hérédité. Cette infirmité de la vue est une maladie de l'enfance et se développe rarement après la quinzième ou la dix-huitième année.

De là il résulte que les ouvriers qui, à un âge assez avancé, se consacrent à des travaux microscopiques, présentent moins de maladies des yeux que ceux qui, à une période plus précoce de la vie, adoptent ce genre de travail.

Le docteur Loring a fait un très-grand nombre d'observations à ce sujet. Il a examiné les yeux de 2,265 étudiants dans les Écoles publiques de New-York, et il a observé que la proportion des enfants ayant les yeux sains était de 87 p. 100 au-dessous de 7 ans, tandis qu'entre 7 et 21 ans, la proportion des yeux à l'état normal n'est plus que 61.

Dans les jeunes enfants, il a reconnu que les cas de vue basse étaient de 3,5 p. 100 des enfants examinés et de 26 p. 100 parmi les enfants plus âgés. A Saint-Pétersbourg, les chiffres pris dans les deux mêmes catégories, sont de 13,6 p. 100 et de 43,3 respectivement. A Kœnigsberg, le docteur a constaté que plus de la moitié de la population avait la vue basse.

Ces chiffres démontrent, suivant lui, que les cas de vue basse s'accroissent en proportion de la durée des études. Il affirme qu'on rencontre plus communément les vues basses dans les villes plus anciennes de l'est de l'Amérique que dans les villes nouvelles de l'ouest.

Parmi les causes principales de cette infirmité, le docteur Loring indique une vie sédentaire, une nourriture insuffisante, une mauvaise aération et l'absence des soins hygiéniques, toutes causes qui amènent le relâchement des tissus dont la vue basse est une indication.

HÔPITAUX ET AMBULANCES DE KARS APRÈS LA DÉFAITE. — Nous empruntons les lignes suivantes au correspondant du *Bien public,* qui donnent un triste tableau de la situation des malheureux malades et blessés turcs :

« ..... En traversant la principale ruelle du bazar, dont toutes les boutiques sont hermétiquement closes, nous poussons une exclamation joyeuse à la vue du docteur Casson, professeur de chirurgie à l'hôpital central de Londres, venu en Arménie à ses propres frais et pré-

sent depuis plus d'un mois au quartier général, où Moukhtar s'est empressé de mettre à sa disposition les tentes nécessaires à l'organisation d'une ambulance de « première ligne. » Nous craignions de ne plus revoir le docteur, l'ayant forcément abandonné le matin de la bataille pour suivre l'état-major, et au moment très-critique où les obus commençaient à tomber au milieu même de son petit campement, — en dépit du drapeau indicateur. Il a passé par de rudes épreuves.

Son premier soin a été de prendre dans ses bras son unique collègue à l'ambulance, un jeune docteur également Anglais, malade du typhus depuis quelques jours, et de le transporter à l'abri du feu derrière des rochers. Aussitôt après ce pénible incident, passait au galop le muchir qui lui criait de faire évacuer son ambulance. Cet ordre, qu'il attendait depuis la veille, ne lui était donné que plusieurs heures après l'évacuation des *idarets*. L'état-major avait bien pensé à faire retirer ses bagages, puis les munitions, mais il avait complétement oublié les blessés! Et le docteur Casson avait dû évacuer son ambulance sous le feu, sans avoir le temps d'emporter de précieux ballots reçus la veille même de la Société anglaise de secours aux blessés turcs, présidée par le colonel Lloyd Lindsay.

Quel spectacle encore que celui des victimes de la guerre qui vont être bloquées dans Kars et que la déplorable administration turque — plus que jamais coupable dans ces douloureuses circonstances que l'on doit toujours prévoir — a négligé de faire sortir à temps de la ville! L'hôpital et les ambulances ne peuvent contenir que 1,500 hommes, et le chiffre des blessés et des malades s'élève aujourd'hui à 4,500! On ne saurait s'imaginer l'aspect intérieur de ces caravansérails, véritables pourvoyeurs de la mort. Celui d'une *morgue* ne serait pas plus attristant.

Dans le principal asile, dénommé « grand hôpital, » les blessés sont parqués jusque dans les corridors. D'autres, étendus dehors ou adossés contre les murs extérieurs, pansent eux-mêmes leurs plaies, dont le sang a rougi la terre, avec cette résignation fataliste que l'esprit religieux donne aux musulmans. Chez tous ces malheureux, le fanatisme remplace l'idée de patrie. *Allah* et *kismet* : Dieu et la fatalité! Ils semblent même ne pas souffrir; d'ailleurs, ne sont-ils pas *cheids?* (martyrs).

Dans les ambulances, des malades partagent non le même lit, car les lits manquent, mais le même matelas; un malade atteint de la dysenterie, littéralement « côte à côte » avec un être en proie au typhus? Des malades et des blessés se traînent péniblement dans les rues; quelques-uns se sont couchés, comme pour y mourir, sur le seuil des maisons. Dans la circonstance présente, le tableau de toutes ces souffrances nous semble encore plus navrant.

Le service médical ne comprend que quatorze médecins, dont cinq sont encore convalescents du typhus! Neuf médecins pour 4,500 victimes! Un médecin pour 500 malades.

Quelques jours auparavant, une dépêche du séraskiérat reprochait à ces médecins, plus malheureux peut-être que leurs administrés, de négliger leur service, alors que l'administration supérieure, dans sa traditionnelle incurie, négligeait de leur envoyer les médicaments les plus indispensables et même de la charpie! Les médecins européens — qui tous attendent leur solde depuis plusieurs mois, quelques-uns même depuis plus d'une année — ont répondu par une dépêche de protestation indignée. C'est en constatant une dernière fois cette épouvantable situation que nous nous apprêtons à quitter la ville...... »

Maladies des yeux. — La clinique des maladies des yeux de M. le docteur Badal est transférée, 9, rue Saint-Georges. — Consultations publiques et gratuites tous les jours, à partir de 2 heures.

M. Badal commencera ses leçons cliniques lundi 17 décembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, de 3 à 4 heures. — Lundi : Optométrie; mercredi : Thérapeutique médicale et chirurgicale; vendredi : Ophthalmoscopie.

— M. le docteur Chassigny (de Lyon) fera, dans le courant de la semaine prochaine, une conférence dans laquelle il répétera une série d'expériences nouvelles destinées à établir la supériorité de la force mécanique sur la force manuelle en obstétrique et en chirurgie.

Nous indiquerons, dans un prochain numéro, le jour, l'heure et le lieu de la réunion.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 6 décembre 1877, on a constaté 888 décès, savoir :

Fèvre typhoïde, 22 décès; — rougeole, 14; — scarlatine, 2; — variole, 0; — croup, 24; — angine couenneuse, 26; — bronchite, 53; — pneumonie, 63; — diarrhée cholériforme, 5; — choléra-nostras, 0; — dysenterie, 1; — affections puerpérales, 2; — érysipèle, 7; — affections aiguës, 250; — affections chroniques, 354 (dont 134 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 46; — causes accidentelles, 19.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE QUESTION D'HONORAIRES EN JUSTICE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Un moyen de sortir d'embarras, s'il vous plaît?

Un jour, ainsi que deux de mes confrères, je reçois un papier timbré qui m'invite à passer au tribunal pour prêter serment comme expert dans une affaire grave. Il s'agissait de déterminer si une femme qui avait été blessée dans une usine était réellement incapable de gagner sa vie, ou si les infirmités qu'elle accusait étaient simulées dans un but facile à comprendre. Nous prenons jour pour examiner cette femme. Je suis chargé de rédiger le rapport, et, après l'avoir soumis à mes collègues et fait signer par eux, je vais le remettre à l'avoué. — Combien faut-il vous taxer? me dit-il en prenant le factum. — Comme vous avez habitude de le faire en pareille circonstance. — Eh bien, il appartient à vos confrères quatre vacations, et à vous, qui avez rédigé le rapport, une vacation de plus, soit 24 fr. pour vos confrères et 30 francs pour vous. — Peste! ils font bien les choses au civil, me disais-je, 6 francs par vacation, et la prestation de serment comptée comme une vacation, et la visite de la malade une vacation, et le dépôt du rapport une vacation, etc.; quand je pense qu'au criminel, pour tout cela, on ne m'aurait alloué que 3 modestes francs! Surpris d'une semblable munificence, et craignant une erreur, je manifestai quelque étonnement. — Rassurez-vous, docteur, un maçon pris pour expert serait traité de même.

A six mois de là, me trouvant par hasard dans le cabinet de ce même avoué, je lui demandai où en était cette affaire. — Elle est jugée. — Eh bien, à qui dois-je m'adresser pour toucher les honoraires que vous m'avez alloués? — Mais il ne vous est rien dû. — Et pourquoi? — C'est la femme qui a perdu, et comme elle avait le bénéfice de l'assistance judiciaire, vous n'avez pas droit à la taxe. Si le patron avait perdu, vous seriez payé.

Devant ce verdict, je m'inclinai; je n'avais rien de mieux à faire, puisque c'est la loi; mais je ne puis m'empêcher de protester ici contre une pareille loi. Comment! on dérange trois médecins pour examiner une affaire litigieuse importante. Il s'agit de savoir si une femme a droit ou n'a pas droit, de la part de son patron, à une pension. De leur rapport dépend le sort des parties; or, j'en appelle à ceux qui ont eu de semblables questions à traiter, pour apprécier les difficultés de toute nature qui se présentent et qu'il faut savoir surmonter, il y a là une responsabilité considérable. Or, la rémunération ne doit-elle pas être en rapport avec la responsabilité? D'un autre côté, n'est-ce pas chose délicate, souvent même préjudiciable pour un médecin, que de faire un rapport en pareille occurrence? Qu'il soit amené à conclure que le patron est responsable et doit une indemnité, n'est-il pas exposé à s'aliéner le patron, qui

FEUILLETON

LA TÊTE DE BICHAT

devant la Société anthropologique; et les localisations cérébrales (1).

Il ne peut exister aucun doute sur la destination des tubercules quadrijumeaux, qu'on devrait véritablement appeler lobes optiques. Non que les physiologistes aient déterminé toute la sphère d'action de ces organes, mais il est certain, du moins, qu'ils sont indispensables à l'exercice de la vision; les enlever, c'est produire immédiatement la cécité. La section des nerfs optiques étant également suivie de la perte de la vue, on peut se demander si les tubercules quadrijumeaux ne seraient, comme les nerfs optiques, que de simples conducteurs des impressions visuelles. Non; véritables centres de réflexion de ces impressions, ils sont le principe des contractions de l'iris (Flourens); leur ablation paralyse cette membrane; l'enlèvement complet des lobes cérébraux laisse subsister l'impressionnabilité à la lumière qui est sous la dépendance des tubercules quadrijumeaux. L'animal à qui l'on a pratiqué cette opération est comme aveugle; son iris se contracte encore; il voit, mais il ne sait pas se conduire ni éviter un obstacle, privé de mémoire, de jugement et de volition.

La détermination des fonctions du cervelet est loin de satisfaire les physiologistes sévères. On l'a investi des attributions les plus diverses et les moins justifiées : les uns plaçaient dans le cervelet le siége de la vie organique; les autres, celui de la sensibilité. Rolando attribuait à

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 décembre.

peut être son client? Je sais que, pour mon compte, dans deux circonstances analogues, je me suis fait deux ennemis intimes qui cabalent pour me faire renvoyer du Conseil municipal. S'ils réussissent, cela m'est absolument égal; mais si, comme certains médecins, je briguais les situations politiques, je pourrais en être aux regrets.

On m'a répondu : « Que voulez-vous! vous êtes dans les mêmes conditions que l'avocat qui plaide d'office lorsqu'il y a assistance judiciaire; lui non plus n'est pas rémunéré. » Je soutiens que le rôle de l'avocat et celui du médecin expert ne sont pas assimilables. En effet, toutes les professions libérales doivent exercer ce que j'appellerai la charité professionnelle. Ainsi, le notaire fait aux pauvres des actes gratuitement; le médecin ne prend pas d'honoraires aux déshérités de la fortune; de même l'avocat, en plaidant d'office pour une personne qui a le bénéfice de l'assistance judiciaire, exerce la charité professionnelle. C'est même pour lui le seul moyen de le faire. Que son client perde ou gagne son procès, qu'il plaide plus ou moins bien, il n'encourt aucune responsabilité, il n'est menacé d'aucun préjudice. Mais le médecin expert n'est pas dans les mêmes conditions, comme je l'ai fait voir précédemment, et cela est si vrai, que l'avocat d'office ne peut pas se récuser; l'expert, au contraire, en a le droit; il est libre de ne pas obtempérer à la requête du magistrat. Il y a plus : dans cette même affaire, le témoin est taxé, il reçoit son indemnité de déplacement; le médecin n'y a pas même droit. On peut dire à cela que, donnant à l'expert un rôle plus élevé, la loi l'assimile à l'avocat. Je crois avoir fait justice de cet argument. Mon Dieu! ce n'est pas que le médecin ne puisse renoncer à ses honoraires en pareil cas; il en abandonne bien d'autres; mais je traite la question au point de vue strict du droit, de la légalité, et, en définitive, je me demande si la justice, qui protége si peu les médecins, est bien fondée à venir leur demander des services aussi compromettants, à titre gracieux.

Tel est le fait qui se présente souvent, et dont nous sommes victimes de par la loi.

Or, que doit faire le médecin en présence de cette imperfection de la loi?

Demander sa révision? On lui rira au nez, la chose en vaut bien la peine! Et puis, nos législateurs ont autre chose à faire.

Se récuser toutes les fois qu'il sera requis? Ce moyen me répugne.

Alors, continuer comme par le passé? C'est pour éviter cela que j'ai pris la liberté de vous exposer la situation.

D[r] Notta, de Lisieux,
Président de l'Association médicale
du Calvados.

[Afin de répondre à la lettre de notre honorable correspondant avec une compétence plus grande que la mienne, je l'ai soumise à notre savant conseil judiciaire, M[e] Guerrier, qui a bien voulu, avec son obligeance ordinaire, m'adresser la note

---

cette partie considérable de la masse encéphalique le principe de tous les mouvements et la comparait à une pile voltaïque; Foville en faisait l'organe de la mémoire; Benati, celui de la musique; Gall et Spurzheim, celui de l'amour physique. Aucune de ces hypothèses n'a survécu aux observations de l'anatomie pathologique et de la physiologie expérimentale. Il résulte des expériences de Flourens, confirmées par celles de M. Bouillaud et de plusieurs autres physiologistes, que le cervelet est le coordinateur des mouvements de locomotion. Cet organe est-il détruit chez des oiseaux ou sur des chiens, les lobes cérébraux conservent encore la faculté de percevoir et de vouloir; mais alors l'animal n'obéit plus à la volonté dans l'exécution de ses mouvements, il perd son équilibre, il se heurte à tous les obstacles et présente la démarche de l'ivresse. Si, d'un autre côté, on enlève les lobes cérébraux, en conservant le cervelet, l'animal n'a ni perception ni volonté, il n'entend plus, ne voit plus, ne flaire plus, ne goutte plus; mais, quand on l'ébranle, ses mouvements sont coordonnés, quoique sans but.

Chez les reptiles, le cervelet est à l'état rudimentaire, tandis que celui du faucon, du moineau, de l'aigle, de tous les oiseaux, est très-développé, et pourvu de nombreuses lamelles. Quoique l'équilibration de l'appareil locomoteur ait une grande importance, on se persuade difficilement qu'elle soit le seul rôle qu'on doive attribuer au cervelet. Toutefois, on cesse d'être surpris quand on songe à toutes les attributions de cet organe, la marche, la course, la danse, l'équitation, la natation, tous les genres de gymnastique, et les étonnantes merveilles du vol des oiseaux. Le cervelet paraît le principal organe lésé dans la manie de la danse et l'ataxie locomotrice; il n'est peut-être pas étranger à toute lésion dans la danse de Saint-Guy, le tétanos et l'épilepsie.

Telles sont les parties de l'encéphale dont on a pu assez exactement assigner les fonctions; il est permis de supposer, il est certain même que les autres parties de ce viscère n'en ont pas

suivante, appelée à grossir le précieux recueil de conseils, de consultations et d'avis qu'il a déjà rédigés pour l'UNION MÉDICALE, sur de nombreux points délicats ou litigieux relatifs à nos intérêts professionnels. — A. L.]

Avant d'aborder le point essentiel qui concerne les honoraires, leur quotité et leur mode de perception en matière d'expertise civile, qu'il me soit permis de relever une erreur commise dans la requête de l'honorable M. Notta. Il dit que le médecin ne peut pas être assimilé à l'avocat, parce que celui-ci ne peut pas refuser son office; que, d'un autre côté, il n'engage pas sa responsabilité et n'encourt pas les colères de son adversaire, tandis que le médecin peut refuser son ministère, qu'il engage sa responsabilité, et que son rapport peut lui être préjudiciable « s'il est « amené à conclure que le patron est responsable et doit une indemnité, car il est « exposé à s'aliéner le patron... »

Je réponds d'abord que l'avocat peut toujours refuser la mission qui lui est confiée; ensuite, que l'avocat s'expose plus que le médecin à s'aliéner le patron, car s'il accepte de plaider, il contestera ses affirmations et fera tous ses efforts pour démontrer la faute, la négligence ou l'imprudence engageant sa responsabilité; et, malgré la plus grande modération de langage, il n'en aura pas moins combattu contre le patron et en devient par cela même l'ennemi. Le médecin, au contraire, chargé d'une expertise, n'a point à prendre parti pour ou contre les plaideurs. Il constate un fait matériel, décrit le mal ou la blessure qu'il est chargé d'apprécier, en indique la gravité et les conséquences probables, et, du tout, dresse et dépose son rapport. M. Notta étend beaucoup trop sa mission, il ne peut jamais être amené à conclure que le patron est responsable. C'est le tribunal qui le décide, et les constatations du médecin ont pour but d'éclairer le juge sur la quotité des dommages-intérêts, mais non sur le principe de responsabilité.

La responsabilité du patron a sa source dans l'art. 1383 du C. civ.; la plupart du temps, la faute est prouvée soit par une constatation matérielle de l'administration (inobservation des règlements), soit par les témoins entendus dans une enquête, et le médecin commis comme expert donne seulement son avis sur la gravité du mal et les incapacités qui en sont la suite, sans avoir à donner son opinion sur le degré de responsabilité du patron. Sans doute cette mission peut être délicate, mais le médecin, conduit pas sa science et sa conscience, n'encourt pas, en pareil cas, un bien grand danger, il faut bien le reconnaitre. Mais il est évident que la peine qu'il

---

de moins réelles et de moins distinctes. Il règne quelque incertitude sur celles des couches optiques auxquelles on devrait cesser de donner ce nom, et des corps striés; ce sont des organes de mouvement; mais si un certain nombre de faits paraissent établir, ainsi que Saucerotte, Foville et Pinel-Granchamp l'ont prétendu, que les couches optiques sont le principe des mouvements du membre thoracique et les corps striés celui des membres abdominaux, d'autres faits, en non moins grand nombre, et particulièrement les observations rapportées dans la *Clinique médicale* d'Andral, ne sont pas favorables à cette hypothèse. De même, on ne peut admettre, faute de preuves, l'ingénieuse supposition de Foville, qui attribue à la corne d'Ammon le principe des mouvements de la langue. Aucun physiologiste n'oserait imaginer que, dans un organisme aussi parfait que le corps humain, la glande pinéale, le corps pituitaire, la voûte à trois piliers, la cloison transparente, le corps calleux soient sans usages; mais, jusqu'ici, ces usages restent complétement inconnus. Si Descartes fit de la glande pinéale la source des esprits animaux, le siége de l'âme, Magendie, de son côté, considéra cette glande comme un simple tampon destiné à ouvrir et à fermer l'aqueduc de Sylvius. On est moins suppris que Lapeyronie ait regardé le corps calleux comme la partie du cerveau où l'âme exerce ses fonctions, opinion à laquelle se rallièrent Louis et Saucerotte. Si, dans les termes où elle est exprimée, l'hypothèse de Lapeyronie n'est point admissible, divers observateurs ont toutefois rencontré des lésions et des vices de conformation du corps calleux trop nombreux chez des malades atteints de troubles intellectuels, pour qu'on n'accorde pas une grande importance à cet organe, comme lien essentiel des deux hémisphères, comme régulateur des opérations mystérieuses de la pensée.

Quelles sont les fonctions des lobes cérébraux, du cerveau proprement dit? Après avoir médité les écrits de Legallois, Rolando, Serres, Leuret, Flourens, Longet, Marshall-Hall, de

se donne et le service qu'il rend doivent être rémunérés, aussi j'aborde ma vraie mission, en examinant sommairement les règles suivies pour les expertises.

En matière civile, l'expert commis n'est pas tenu d'obéir; certains auteurs enseignent le contraire, mais nous admettons avec la très-grande majorité des jurisconsultes (Favard, Thomine, Boncenne, etc.) que la fonction d'expert est essentiellement libre, *nemo cogi potest ad factum*, jusqu'au moment où il l'a officiellement acceptée, notamment par la prestation de serment. Dans ce cas, s'il ne remplit pas sa mission, il peut être condamné à tous les frais frustratoires et aux dommages-intérêts (art. 316), il appartient au tribunal d'apprécier les circonstances et de prononcer souverainement sur ce point.

L'expert ainsi commis est tenu, par son acceptation, non-seulement de procéder aux opérations de l'expertise, mais encore de déposer son rapport au greffe du tribunal qui a ordonné l'expertise, sans autres retards que ceux que comporte la force des choses.

Comment est-il pourvu au payement des frais d'expertise? Les vacations sont taxées par le président ou le juge qui le remplace, au bas de la minute du rapport; sur le vu de la taxe, le greffier délivre un exécutoire du montant des vacations. Le recouvrement est poursuivi contre la partie qui a requis l'expertise, et quand le tribunal l'a ordonnée d'office, contre celle des parties qui l'a poursuivie, sauf, bien entendu, son recours contre son adversaire si elle gagne son procès. Aussi est-il admis que, lorsque l'expert a attendu la fin du procès pour se faire payer, il peut s'adresser au plaideur qui a succombé, bien qu'il n'ait ni demandé ni poursuivi l'expertise.

Quand les parties en cause sont solvables, la marche est donc simple et facile; mais, quand la partie qui doit supporter les frais d'expertise a obtenu le bénéfice de l'assistance judiciaire, quel est le droit de l'expert? C'est le cas prévu par la demande de M. Notta, et la réponse se trouve dans l'art. 14 de la loi du 22 janvier 1851, où nous lisons :

« . . . . . . Les frais de transport des juges, des officiers ministériels et des *experts*, « les *honoraires de ces derniers*, et les taxes des témoins dont l'audition a été « autorisée par le tribunal ou le juge-commissaire, sont avancés par le Trésor, con- « formément à l'art 118 du décret du 18 juin 1811. »

Ce texte n'a pas besoin de commentaires. M. Notta peut, il le voit, s'élever contre le verdict devant lequel il s'était incliné d'abord, et en montrant, à l'aide de ce

---

MM. Bouillaud, Luys, Charcot, Vulpian, après avoir comparé les vivisections, les recherches microscopiques entreprises pour élucider une question non moins importante pour la physiologie que pour la psychologie, que devons-nous conclure? Placés au sommet du système nerveux, les lobes cérébraux sont un centre où viennent aboutir toutes les impressions du monde extérieur, et d'où rayonnent tous les actes de la volonté. Quoique l'encéphale soit un tout harmonieux, on a reconnu que certaines parties, certains ganglions, parmi les moins importants, avaient des fonctions distinctes et spécifiques. En est-il de même des lobes cérébraux? Ecoutons Flourens : « Non-seulement, dit le célèbre académicien, toutes les perceptions, toutes les volitions, toutes les facultés intellectuelles résident exclusivement dans cet organe, mais toutes ces facultés y occupent la même place. Dès qu'une d'elles disparaît par la lésion d'un point donné du cerveau proprement dit, toutes disparaissent; dès qu'une revient par la guérison de ce point, toutes reviennent. La faculté de percevoir et de vouloir ne constitue donc qu'une seule faculté, essentiellement une, et cette faculté réside essentiellement dans un seul organe. » (*Rech. exp. sur les propriétés et les fonctions du système nerveux*, 2e éd., p. 244.)

Il est inutile de signaler la contradiction qui existe entre cette conclusion si absolue et plusieurs des propositions non moins formellement exprimées dans le même ouvrage. Si l'on admet que les différentes parties du cerveau ont des fonctions séparées, peut-on déterminer dans les lobes cérébraux les régions auxquelles doivent être attribuées des propriétés distinctes, et que doit-on penser du système de localisations qui a régné quelque temps dans la science, excitant partout de vives contradictions? Nous voulons parler du système de Gall. Toutefois, nous nous hâtons de déclarer qu'il ne s'agit point ici de phrénologie; il n'est question que de souvenirs rétrospectifs sur les hommes célèbres qui ont inventé ou soutenu cette

texte, que sa position n'est point assimilable à celle de l'avocat commis d'office, dont l'assistance est absolument gratuite.

Espérant avoir ainsi répondu à la question posée, je n'ai plus qu'à ajouter que je me tiens à la disposition de notre honorable correspondant, pour plus amples détails, s'il y a lieu.

L. Guerrier, avocat à la Cour d'appel.

PATHOLOGIE

L'OBÉSITÉ; SES CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES (1);

Par le docteur E. Lancereaux,

Membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le système nerveux, ce grand régulateur de la nutrition, peut être une cause de polysarcie. J'ai vu des individus prendre de l'embonpoint à la suite d'une lésion matérielle de l'encéphale; certaines névroses ont pour effet de produire une accumulation considérable de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané, et il n'est pas rare de trouver des idiots obèses. Cette influence du système nerveux sur la production de l'embonpoint est beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement. C'est à elle qu'il faut rapporter un certain nombre de cas obscurs d'obésité, et vraisemblablement l'obésité héréditaire; peut-être aussi la polysarcie diabétique. L'hérédité de l'obésité est un fait généralement admis, et nous ne chercherons pas à le contester. Il est commun de voir l'obésité se propager aux différents membres d'une même famille, se continuer des parents aux enfants. Ce fait n'est du reste pas spécial à l'espèce humaine; il est reconnu que certaines races animales, parmi les espèces bovine et porcine surtout, sont plus aptes à engraisser que d'autres. Or, ce qui se transmet en pareil cas, ce n'est pas l'obésité, mais simplement la prédisposition à contracter de l'embonpoint; tantôt par exemple, ce sera l'emphysème; d'autres fois, un désordre névropathique, de telle sorte que l'obésité pourra se produire malgré l'observation la plus stricte de l'hygiène; d'autres fois, ce sera un appétit exagéré, la tendance aux excès d'alimentation ou de boisson.

La coïncidence de l'obésité avec le diabète est un fait des plus communs; le plus

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 6 et 15 décembre.

doctrine. On verra si la réfutation de quelques faits aventureux ou erronés doit faire abandonner le principe même des localisations cérébrales.

Les rares survivants de la génération médicale qui suivaient les cours de la Faculté de Paris, il y a soixante ans, ne peuvent avoir oublié avec quelle ardeur, avec quel enthousiasme la jeunesse se précipitait dans les amphithéâtres et les hôpitaux, afin d'y écouter les enseignements de Cuvier, Pinel, Boyer, Chaussier, Laennec, Hallé, Béclard, Dupuytren, Orfila, Récamier. Les élèves d'alors qui s'apprêtaient à remplacer ces illustres maîtres étaient Cruveilhier, Velpeau, les deux Bérard, Andral, Blandin, Rostan, Blache, Trousseau. Il serait injuste de passer sous silence MM. Jules Cloquet, Bouillaud et Piorry. La passion politique ajoutait un prestige particulier au nom de quelques hommes qui avaient illustré la médecine militaire; on ne voyait jamais sans un sentiment de respect et d'admiration la noble figure de Larrey; on applaudissait même aux boutades parfois burlesques de Desgenettes, en souvenir de l'expédition d'Egypte; au Val-de-Grâce, Broussais tonnait contre l'ontologie, suivi d'une foule d'auditeurs enthousiasmés; parfois le tribun, à la tête de lion, traversant fièrement la place de l'Ecole, menaçait celle-ci avec son bâton, et prononçait contre elle le *Delenda Carthago.* C'est dans ces circonstances, qu'en 1820, Gall annonça un cours public de physiologie du cerveau, à l'établissement des Jeunes-Aveugles, le dernier qu'il professa en France.

On ne saurait avoir vu Gall et oublier cette physionomie originale, parfaitement conservée du reste dans ses portraits. Cette figure vous suit dans la vie, comme celle d'une toile de Van-Dyck ou de Rembrandt. De taille moyenne, son corps, ses épaules, son visage, ses traits étaient un peu larges; son front, dépouillé de cheveux, laissait voir un vaste crâne très-bien proportionné. Sa physionomie respirait une bonhomie malicieuse, et son regard pénétrant semblait lire dans le profond des cœurs. Il était évident qu'on n'avait pas sous les yeux un

souvent même cette maladie débute par un embonpoint exagéré (1). Un individu qui, jusque-là, jouissait d'une bonne santé, devient peu à peu obèse; et, au bout de quelques années, parfois plus tôt, on constate la présence du sucre dans ses urines. Sur cent quarante cas de diabète observés par Seegen, il en existait trente-deux où l'obésité avait précédé la glycosurie. Ainsi, l'observation clinique semble indiquer que le diabète, dans certains cas au moins, n'est qu'une phase, un degré avancé de l'obésité, et partant un individu atteint d'obésité doit toujours être surveillé au point de vue du diabète. Ce qui prouve encore la parenté de ces affections, c'est leur existence isolée chez les différents membres d'une même famille. D'ailleurs, il est reconnu que le diabétique consomme moins d'oxygène et élimine moins d'acide carbonique, de sorte qu'il y a des raisons d'attribuer cette maladie, du moins dans quelques cas, non pas à une formation exagérée, mais à une moindre destruction du sucre. Obésité et diabète seraient ainsi des degrés d'une même maladie, des états liés à une oxydation insuffisante des tissus de l'organisme. Dans ces conditions, l'indication principale fournie par ces maladies est de favoriser les combustions (exercice musculaire, hydrothérapie, alcalins, etc.).

Après avoir indiqué les circonstances diverses dans lesquelles se produit l'obésité, il importe de rechercher la condition pathogénique qui préside au développement de cet état morbide. Choisissons pour cela les cas les plus simples, et nous serons frappés de la ressemblance des procédés, malgré la diversité des causes. Il est reconnu que les individus, même les plus sobres, prennent un certain degré d'embonpoint entre 45 et 55 ans. Or, que se passe-t-il dans ces conditions? Rien qu'une diminution dans l'activité nutritive des tissus, diminution qui s'accuse par l'excrétion d'une moindre quantité d'acide carbonique, d'urée, etc., et, partant, c'est à la diminution de la combustion et de l'oxydation des tissus qu'il faut attribuer l'embonpoint physiologique, c'est-à-dire celui qui reste dans les limites de la bonne santé. Mais comme les procédés pathologiques ne diffèrent jamais des procédés physiologiques, c'est à la même condition que doit se rattacher la polysarcie, et, en effet, cet état survient toutes les fois qu'il y a rupture de l'équilibre nécessaire entre la quantité d'aliments absorbés et la quantité d'air respiré; une partie

(1) La gravelle urique, disposition également liée à un défaut d'oxydation au sein de l'organisme, coïncide fréquemment aussi avec le diabète et l'obésité.

---

homme ordinaire et sans passions; mais rien ne faisait supposer que, trois ans après, c'est-à-dire à l'âge de 65 ans, il épouserait une très-agréable femme qui n'avait pas la moitié de son âge.

La Société phrénologique de Paris ayant décidé que, à sa première séance annuelle, tenue le 22 août 1831, il serait lu une notice biographique sur ce médecin célèbre, on avait lieu d'espérer que son ami, le docteur Fossati, s'acquitterait de cette tâche en nous révélant quelque particularité intime de la vie de Gall. L'attente générale fut déçue. Fossati se borna à une sèche nomenclature des organes phrénologiques de son modèle, et cette biographie est encore à faire.

(A suivre.) FOISSAC.

Éphémérides Médicales. — 18 Décembre 1683.

Par l'ordre du Parlement, François Geoffroy, Antoine Josson, et Simon Boulduc, pharmaciens de Paris, préparent, en grande cérémonie, la thériaque. Nous avons là, sous les yeux, le programme du « grand œuvre. » Il porte ce titre :

Inventum divinum,
Theriaca magna
D. Andromachi senioris,
Ex Galeno
Publicè, Dea favente, demonstranda et componenda.

Une belle gravure de Marot accompagne ce placard. Elle représente un vaisseau abordant au rivage; le peuple est là, agenouillé, ou levant les mains au ciel, comme pour témoigner des félicités qui l'attendent à l'arrivée de la merveilleuse panacée. — A. CH.

de la masse alimentaire n'étant pas suffisamment brûlée est alors emmagasinée sous forme de graisse. Ainsi s'explique la polysarcie qui survient chez les gros mangeurs, chez les personnes qui ont des professions sédentaires, qui dorment beaucoup, chez toutes celles, en un mot, qui ne prennent pas un exercice musculaire suffisant. Les expériences de Séguin ont d'ailleurs démontré que le développement de la force musculaire augmente la consommation de l'oxygène, et détermine une augmentation de la combustion respiratoire; celles de Smith ont prouvé que, dans ces conditions, l'exhalation de l'acide carbonique est augmentée, et enfin, Hammond a trouvé que, sous l'influence de l'exercice musculaire, la proportion d'acide urique diminue dans l'urine, tandis que celle de l'urée augmente, d'où il faut conclure que le défaut d'activité musculaire est accompagné d'une diminution de l'oxydation nutritive. C'est de cette façon que s'explique l'engraissement des individus qui prennent en quantité des substances grasses et amylacées, celui des gros mangeurs en un mot, chez lesquels la quantité d'oxygène absorbée, surtout si l'exercice musculaire est insuffisant, n'est plus en rapport avec la quantité de substances ingérées. Ces substances étant incomplétement brûlées, il en résulte des désordres multiples de l'économie, dont l'un des principaux est l'obésité. D'un autre côté, si, avec une alimentation qui n'a rien d'exagéré, l'absorption de la quantité d'oxygène nécessaire aux combustions organiques se trouve entravée, comme cela arrive chez les individus emphysémateux, et chez tous ceux dont la circulation pulmonaire se trouve gênée, on comprend que l'obésité en soit encore la conséquence. Enfin, les modifications des globules sanguins qui s'opposent à l'absorption de l'oxygène, les troubles de l'innervation qui ralentissent la respiration et l'activité nutritive des organes sont toujours, pour le même motif, des conditions pathogéniques de la polysarcie.

Les moyens propres à combattre cet état varieront suivant les circonstances qui lui auront donné naissance; mais, en outre, ils devront tendre vers un but commun, qui sera de favoriser les combustions organiques. Aussi l'exercice musculaire, l'hydrothérapie et l'usage des substances qui, comme le sel marin, favorisent l'absorption de l'oxygène et l'excrétion d'une plus grande quantité d'urée (1), voilà la base rationnelle du traitement de l'obésité. On peut ajouter à ces moyens l'emploi des purgatifs qui, en faisant sécréter la bile, s'opposent manifestement à la formation d'un excès de graisse.

(1) Bischoff dit qu'un chien qui mangeait journellement 500 grammes de bœuf excrétait 22 grammes 50 d'urée lorsqu'il ne recevait pas de sel, et 28 grammes 34 lorsqu'on avait ajouté du sel à sa boisson (*Ann. der Chimie und Pharmacie*, 1853, t. XXXVII, p. 109).

On peut consulter sur l'obésité les mémoires, articles de journaux ou travaux qui suivent : Th. Bartholinus, *Histor. anat.*, cent. III, cap. 32. Hafniæ, 1657. Epistol. II, p. 665, III, p. 402. — Malcolm-Fleming, *Discours on the nut. and cure of corpulency*. London, 1757, 1760, 1810. — Lorry, *Mém. sur la graisse considérée dans le corps humain* (*Hist. de la Société royale de médecine*, 1779, p. 97). — X. Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. 54. — Reussing, *Dissert. de pinguedine sana et morbosa*. Ienæ, 1791. — Seifert, *Dissert. physiol. pathol. de pinguedinè*. Griphiswaldiæ, 1794. — A. Maccary, *Essai sur la polysarcie*, Paris, 1811. *Journ. de méd. continué*, 1811, sept., 221. — Dardonville, *Dissert. sur l'obésité*. Thèse de Paris, 1811. — Percy et Laurent, *Dictionn. des sciences médicales*, t. VII p. 10 et suiv., 1813. — W. Wadd, *Cursory Remarks on corpulence or obesity considered as a disease* 3e édit. London, 1822. *Commentat. corpulenc.* London, 1828. — Grüne, *De sana et morbosa pinguedine*, Berolini, 1826. — Kuehn, *De pinguedine imprimus hominis*, Lipsiæ, 1829. — De la Panouze, *Traité de l'embonpoint ou obésité*, Paris, 1837. — Raige-Delorme, art. *Polysarcie* (*Dict.* en 30 vol., p. 564). — Th.-K. Chambers, *Corpulence, or the excess of fatt in the human body*. London, 1850. — Minel, *De l'obésité*. Thèse de Strasbourg, 1859. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologie générale*, t. IV, p. 36 Paris, 1862. — Dancel, *Traité théorique et prat. de l'obésité*, etc. Paris, 1863. — F. Harvey, *Corpulence and its diseases*, 4e édit. London, 1864. — Lehuen-Dubourg, *Recherches sur les causes de la polysarcie*. Thèse de Paris, 1864. — H.-A.-E. Villebrun, *Des fausses grossesses*. Thèse de Paris, 1865. — L. Caillaud, *De l'obésité*. Thèse de Paris, 1865. — Ch. Robin, art. *Adipeux*, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1869. — F. Czajewiez, *Recherches microscopiques*

sur la texture, le développement, la régression et la vitalité du tissu adipeux (*Arch. f. Anatom., Physiolog. und Wissenschaftliche Medecin* par Reichert et Du Bois-Reymond, anal. dans *Gaz. méd. de Paris*, 1869, p. 19). — J. Glais, *De la grossesse adipeuse*. Thèse de Paris, 1875. — Worthington, *De l'obésité, étiologie, thérapeutique et hygiène*. Thèse de Paris, 1875, avec bibliographie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. Maurice Perrin, à l'occasion du procès-verbal, demande à présenter quelques courtes considérations relativement à la question, soulevée par M. Tillaux, des indications du trépan dans les accidents primitifs des fractures du crâne. M. Tillaux, dit-il, a soutenu devant la Société l'opinion émise par M. Gosselin à l'Académie de médecine, à savoir que, dans ces conditions, le chirurgien ne devait s'occuper que de la fracture seule et laisser à l'écart, au point de vue des indications du trépan, tout ce que l'on pouvait tirer des localisations cérébrales. La plupart des membres de la Société paraissent adopter cette manière de voir. M. Lucas-Championnière, soutenant une opinion tout opposée, pense, au contraire, que l'on peut tirer des localisations cérébrales des indications précises de l'application du trépan dans le traitement des accidents primitifs des portions du crâne.

M. Perrin, se rangeant à l'opinion de la majorité des membres de la Société, déclare qu'en présence d'une fracture du crâne, il ne doit pas y avoir d'autre souci pour le chirurgien que de bien l'examiner, que de bien s'assurer s'il y a dépression, et, par suite, indication du trépan dans le but de transformer en une plaie simple une plaie compliquée. Mais, suivant lui, les ressources fournies par les localisations cérébrales sont tout à fait insuffisantes pour fixer les indications de la trépanation; il y a encore trop de confusion dans cette étude; le chirurgien ne saurait y trouver de guide sûr pour une intervention active, et celui qui ne se baserait que sur les troubles fonctionnels pour intervenir s'exposerait à pratiquer une opération inutile ou même dangereuse. Je sais, ajoute M. Perrin, que M. Lucas-Championnière nous cite des cas de guérison obtenue à la suite de la trépanation appliquée aux conduits primitifs des fractures; mais rien ne prouve que les malades dont il rapporte les observations n'auraient pas guéri sans trépanation. M. Lucas-Championnière ajoute, d'autre part, qu'il n'y a pas ou presque pas d'exemples de guérison spontanée de paralysies primitives résultant d'une fracture du crâne; c'est évidemment aller trop loin, et je puis, quant à moi, lui rapporter deux exemples de guérison de ces paralysies sans trépanation.

Le premier exemple est celui d'un jeune soldat qui, le 15 mai 1870, reçut à la tête un éclat d'obus qui détermina une plaie contuse et une fracture en étoile, sans enfoncement. Immédiatement après survinrent des accidents de commotion cérébrale; le lendemain, on constatait une aphasie complète. Quatre ou cinq jours après, une amélioration sensible commençait à se faire sentir, qui alla toujours en augmentant, et deux mois environ après l'accident, ce malade sortait du Val-de-Grâce complétement guéri.

La seconde observation est plus intéressante et plus probante encore : Un jeune mobile qui, pendant le siége, était occupé au Val-de-Grâce, reçoit, un obus étant tombé près de lui, un éclat de pierre qui lui fait une longue fracture allant de la fosse temporale droite à la suture inférieure intra-pariétale; il y avait un léger enfoncement. Sur le coup, le blessé perdit connaissance et resta deux jours pleins sans recouvrer ses sens; à ce moment, on constata chez lui une hémiplégie gauche, la perte du mouvement du côté droit de la face, la dilatation de la pupille du côté droit et la perte de l'ouïe du même côté; il y avait en même temps un embarras très-prononcé de la parole, de l'incontinence de l'urine, de la constipation, dans les jours qui suivirent; puis survinrent des eschares au sacrum et sur les membres du côté paralysé. Malgré ces troubles, aucune intervention chirurgicale active ne fut jugée nécessaire, et, peu à peu, le malade se remit, lentement mais complétement; il resta, en effet, deux ans à l'hôpital.

Mais ce n'est pas seulement à ce point de vue que ce malade offre de l'intérêt. Si, d'un côté, M. Perrin ne croit pas qu'on puisse tirer aucune indication précise des localisations cérébrales pour l'application du trépan contre les accidents primitifs des fractures du crâne, il pense, d'un autre côté, que les localisations peuvent servir de guide pour l'application du trépan contre les accidents consécutifs. Or, ce malade, sans cause appréciable fut pris, le 16 août 1876, d'un premier accès épileptiforme qui, bientôt, fut suivi de beaucoup d'autres; les premiers accès ne duraient pas moins de vingt à vingt-cinq minutes; les suivants ne duraient

plus que quatre à cinq minutes. L'administration du bromure de potassium resta sans effet. M. Perrin fit entrer ce malade dans son service, dans l'intention de saisir le moment où il jugerait convenable d'appliquer le trépan; toutefois, en attendant, il soumit ce malade au bromure de potassium et à des douches froides. Or, depuis le 12 mai jusqu'au 15 octobre de cette année, ce malade ne présenta pas une seule crise; il a recouvré l'état de santé qu'il avait antérieurement à l'accident.

M. Lucas-Championnière reconnaît que les faits produits par M. Maurice Perrin sont très-intéressants, mais il pense qu'ils ne détruisent en aucune façon les opinions qu'il a émises. En effet, il a dit seulement que l'hémiplégie pouvait beaucoup mieux, comme accident primitif que comme accident consécutif, servir de guide pour la trépanation. Il n'a jamais dit qu'il fallût trépaner immédiatement après l'accident. Quant à la valeur des accidents secondaires, comme indications du trépan, M. Lucas-Championnière admet qu'ils peuvent être utiles, mais moins que quand ils sont primitifs. Les accidents primitifs, en effet, sont assez généralement confus. M. Lucas-Championnière a dit également que les observations de guérison de paralysies traumatiques primitives étaient extrêmement rares; elles le sont, en effet; et, à ce sujet, il rappelle que M. Gosselin en a cité une appartenant à M. Caradec. Or, comme M. Gosselin avait déclaré ignorer les suites de cette observation, M. Lucas-Championnière a écrit à M. Caradec, qui lui a répondu que sa malade était loin d'être complétement guérie. A ce point de vue, la seconde observation de M. Maurice Perrin est des plus intéressantes. Toutefois, M. Lucas-Championnière ne considère pas ce malade comme absolument guéri, et il est à craindre, suivant lui, qu'il ne survienne ultérieurement de nouveaux accidents.

L'aphasie seule ne constitue pas, pour M. Lucas-Championnière, une indication suffisante pour que le chirurgien se décide à trépaner; mais, quand elle est compliquée de monoplégie brachiale du côté opposé, il n'hésiterait pas à trépaner au lieu d'élection, en se basant sur ce fait que les guérisons de paralysies traumatiques primitives étant extrêmement rares, le chirurgien est autorisé à toutes les chances de guérison que lui donne le trépan.

M. Desprès rappelle un fait dont il a été témoin, en 1859, dans le service de M. Manec, dont il était alors l'interne. Un homme travaillant à creuser un fossé reçoit, sur le côté gauche de la tête, de la hauteur de 1 mètre 1/2, un de ces lourds leviers dont se servent les paveurs; il en résulta une fracture avec enfoncement, et un morceau de la casquette de cet ouvrier pénétra dans le crâne; cinq jours après, ce malade était atteint d'une monoplégie brachiale gauche et d'une paralysie du membre inférieur du côté droit. M. Manec ne crut pas devoir appliquer le trépan, et cet homme, après un certain nombre de jours, élimina les morceaux d'os et le morceau de casquette qui avaient pénétré dans le crâne, et guérit parfaitement bien. Depuis ce temps, M. Desprès est resté l'adversaire du trépan, persuadé que les accidents consécutifs avec fracture du crâne guérissent spontanément, quand ils peuvent guérir.

M. Maurice Perrin déclare ne pas accepter l'hypothèse émise par M. Lucas-Championnière, à savoir : que son malade n'est peut-être pas guéri des accidents primitifs de sa fracture. Ce malade peut être certainement considéré comme guéri aujourd'hui.

M. Verneuil fait observer que, avant de laisser la discussion s'engager plus loin, il serait préférable d'entendre la lecture du rapport de M. Le Dentu, qui pourrait servir de base à cette discussion.

— M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer), membre correspondant, communique un fait de contraction permanente des mâchoires guérie par l'opération d'Esmarch. Il s'agit d'un jeune homme qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, eut un abcès de la face qui se termina par une contracture permanente des mâchoires. Pour y remédier, M. Cazin fit d'abord une section sous-cutanée du masséter; cette opération étant restée sans résultat, il se décida, un mois après, à pratiquer l'opération d'Esmarch. Dans le second temps de cette opération, M. Cazin éprouva une certaine difficulté à achever la section du < osseux; si bien que, s'il avait à pratiquer de nouveau cette opération, au lieu d'une seule scie à chaîne, comme l'indique Esmarch, il en passerait deux, l'une à côté de l'autre, de façon à rendre plus facile la suture de ce V osseux.

— M. Depaul communique l'observation d'une femme de 31 ans qui est entrée dans son service le 11 novembre; cette femme, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, ayant été réglée à 17 ans, et, depuis, l'ayant toujours été régulièrement, avait eu trois grossesses normales, la première n'ayant rien présenté de particulier, la seconde s'étant terminée par un accouchement difficile; la troisième, enfin, ayant présenté ceci de particulier que l'enfant était extraordinairement petit. Cette femme était atteinte d'une tumeur fibreuse du bassin, que M. Depaul diagnostiqua lors de son entrée à l'hôpital; mais il ne saurait dire si ce corps fibreux existait déjà pendant les grossesses antérieures. Lorsque cette femme entra à l'hôpital des Cliniques, elle était en travail depuis la veille; les membranes se rompirent spontanément le 12 décembre, à cinq heures du matin. Au toucher, on put constater que le col était repoussé en avant et caché, pour ainsi dire, derrière la symphyse du pubis. En arrière, M. Depaul reconnut la pré-

sence d'une tumeur assez volumineuse. Malgré la présence de cette tumeur, la dilatation se fit suffisamment pour permettre l'introduction du forceps. L'enfant fut extrait assez facilement, mais en état de mort apparente. L'insufflation parvint à le ranimer. Après quelques jours, cette femme fut prise de péritonite et succomba.

A l'autopsie, M. Depaul trouva l'utérus libre; mais, au devant de la symphyse sacro-iliaque du côté gauche, on trouva une tumeur, indépendante de l'utérus, volumineuse, sous-péritonéale, remontant au-dessus du détroit supérieur et adhérente au niveau de la symphyse. Cette tumeur avait probablement pour point de départ le tissu fibreux qui entoure les os de la région. Ces tumeurs fibreuses du bassin, indépendantes de l'utérus, sont rares; c'est pourquoi M. Depaul a cru devoir présenter celle-ci à la Société.

Cette femme présentait, en outre, un exemple de bassin vicié par excès d'amplitude; il mesurait, en effet, d'une épine iliaque à l'autre, 28 centimètres; son diamètre antéro-postérieur était de 13 centimètres; le transverse de 14 et demi; l'oblique de 14; et, au détroit inférieur, il mesurait 11 centimètres et demi dans tous les sens.

— M. Le Dentu donne lecture de la partie d'un rapport sur un travail de M. Terrillon relatif aux indications tirées des localisation cérébrales pour l'application du trépan. Nous attendrons, pour donner un résumé de cet important rapport, que M. Le Dentu en ait achevé la lecture.

— M. Polaillon fait un rapport verbal sur une observation de M. Lemer (de Saint-Sever) relative à un cas de dystocie produite par une contracture anormale du segment inférieur de l'utérus. M. Lemer fut obligé de pratiquer la section du cou de l'enfant avec des ciseaux. Cette opération dura plusieurs heures; le tronc put être ensuite facilement extrait, mais il lui fut impossible d'extraire la tête. Sur le conseil d'un confrère, il administra de l'opium, et, quelques heures après, la tête put être extraite. Il en conclut que, dans ce cas, l'opium a exercé une heureuse influence sur l'expulsion de la tête.

M. le rapporteur s'étonne que l'on n'ait pu débarrasser cette malade par une autre manœuvre que la section du cou, que cette opération ait demandé autant de temps, et qu'enfin on ait fini par où on aurait du commencer, c'est-à-dire par l'administration de l'opium.

Toutefois, il propose d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer honorablement son travail dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

(La fin dans un prochain numéro.)

FORMULAIRE

Pommade contre le sycosis. — Bazin.

Iodure de plomb.	} *ãã*. .	1 gramme.
Extrait de ciguë.	}	
Axonge.		30 —

Mêlez. — Dans le sycosis parasitaire, on commence le traitement par des applications d'huile de cade, pure ou étendue d'huile d'amandes douces, ou d'huile de cade émulsionnée par la saponine. On répète l'opération tous les deux ou trois jours, afin de détruire le champignon extérieur, d'éteindre la sensibilité cutanée, et de préparer le malade à l'épilation. Après trois ou quatre badigeonnages d'huile de cade, on procède à l'épilation. L'épilation achevée, on combat l'inflammation mentagreuse par des lotions émollientes et résolutives d'eau de riz tiède, d'eau de son, de petit-lait, par des cataplasmes de fécule de pommes de terre, de riz, d'amidon.

Enfin, quand les symptômes inflammatoires ont cessé, il persiste souvent des noyaux sous-cutanés, indolents ou peu douloureux, qui réclament l'emploi des bains locaux, des lotions résolutives, des cataplasmes, et sur lesquels on étend, tous les jours, une légère couche de la pommade ci-dessus.

En outre, pour hâter la guérison du sycosis, on recommande les grands bains de son ou d'amidon, tièdes, dans lesquels on doit avoir soin de plonger le menton, et les laxatifs légers (huile de ricin ou eau de Sedlitz) tous les trois ou quatre jours. — N. G.

COURRIER

Élection a l'Institut. — Nous apprenons avec une vive satisfaction que M. Peisse, membre associé libre de l'Académie de médecine, a été élu, samedi dernier, membre de l'Académie

des sciences morales et politiques, section de philosophie, en remplacement de M. le docteur Lelut, décédé.

MUTATIONS. — MM. Hayem, Rigal, Audhoui, Duguet, Gérin-Roze, d'Heilly, sont nommés médecins de l'hôpital Ménilmontant.

CORPS DE SANTÉ DE L'ARMÉE DE TERRE. — Par décret en date du 22 novembre 1877, ont été promus dans le Corps des officiers de santé de l'armée de terre :

1° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* M. Champouillon (Jules), médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Nancy; — M. Maffre (Marie), médecin principal de 2e classe, attaché au service du recrutement de la guerre.

2° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* M. Arnould (Jules), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille; — M. Hamel (Henri), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles.

2° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* Ducharme (Jean), médecin-major de 2e classe au 61e régiment d'infanterie; — M. Warion (Jean), médecin-major de 2e classe au 2e régiment de spahis; — M. Lambert (Georges), médecin-major de 2e classe au 13e régiment de chasseurs.

4° *Au grade de pharmacien-major de 1re classe :* M. Bernard (Georges), pharmacien-major de 2e classe, attaché à l'hôtel des Invalides.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1875 :

Médaille d'or : M. Dubos, médecin vétérinaire, secrétaire du Conseil central d'hygiène de l'Oise.

Médailles d'argent : MM. le docteur Bourguet, membre du Conseil central d'hygiène et médecin des épidémies de l'arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône); — le docteur Fortin, membre du Conseil central d'hygiène de l'Eure; — Métadier, pharmacien, membre du Conseil central d'hygiène de la Gironde; — le docteur Dumas, vice-président du Conseil central d'hygiène de l'Hérault; — le docteur Regnault, membre du Conseil central d'hygiène d'Ille-et-Vilaine; — Delcominète, pharmacien, secrétaire du Conseil central d'hygiène de Meurthe-et-Moselle; — Blondlot, membre du Conseil central d'hygiène de Meurthe-et-Moselle; — le docteur Joly, membre du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Clermont (Oise); — le docteur Dehée, secrétaire du Conseil central d'hygiène du Pas-de-Calais; — le docteur Gonod, membre du Conseil central du Puy-de-Dôme; — le docteur Lacaze, secrétaire de Conseil central d'hygiène de Tarn-et-Garonne; — le docteur Pamard (Alfred), secrétaire du Conseil central d'hygiène de Vaucluse; — le docteur Yvaren, membre du Conseil central d'hygiène de Vaucluse; — le docteur Duché, membre du Conseil central d'hygiène de l'Yonne; — Bidard, chimiste, membre du Conseil central d'hygiène de la Seine-Inférieure.

Médailles de bronze : MM. Peltier, membre du Conseil central d'hygiène de l'arrondissement de Rethel (Ardennes); — Cailletet, membre du Conseil central d'hygiène de l'arrondissement de Mézières (Ardennes); — le docteur Braye, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arles (Bouches-du-Rhône); — Bollon, pharmacien, secrétaire du Conseil d'hygiène de l'arrondissement de Rochefort (Charente-Inférieure); — le docteur Petel, inspecteur des pharmacies de l'Eure; — Lechartier, pharmacien (Ille-et-Vilaine); — Thiervoz, agent voyer du département de l'Isère; — le docteur Coutaret, médecin à Roanne (Loire); — le docteur Gemin, médecin à Châteaubriant (Loire-Inférieure); — le docteur Chiché, médecin à Paimbœuf (Loire-Inférieure); — Homo, médecin à Château-Gontier (Mayenne); — Legras, ingénieur des ponts et chaussées (Mayenne); — l'abbé Caron, membre de la Commission cantonale de Noailles (Oise); — Tisserant, vétérinaire (Meurthe-et-Moselle); — le docteur Nivelet père, médecin à Commercy (Meuse); — Collin, pharmacien à Verdun (Meuse); — Ferrer, pharmacien à Perpignan (Pyrénées-Orientales); — le docteur Cade, médecin à Avignon (Vaucluse); — le docteur Loriol, médecin à Avignon (Vaucluse); — le docteur Monier, médecin à Avignon (Vaucluse); — Lachat, ingénieur des mines (Vaucluse); — Hardy, ingénieur en chef des ponts et chaussées (Vaucluse).

Rappel de médailles d'argent : MM. le docteur Drouineau (Charente-Inférieure); — le docteur Pujos (Gers); — le docteur Perret (Ille-et-Vilaine); — le docteur Evrard (Oise).

LES BUDGETS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — Grâce à la sollicitude du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, secondée par les votes récents du Conseil municipal, les bureaux de bienfaisance de Paris vont recevoir, en 1878, un supplément d'allocation de 206,500 fr., qui permettra d'introduire, dans la distribution des secours, des améliorations réclamées depuis longtemps.

Sur ces 206,500 fr., une somme de 100,000 fr. sera ajoutée au fonds de 286,500 fr., qui est affecté aux secours d'hospices, et au moyen duquel les bureaux de bienfaisance secourent les malheureux qui, remplissant les conditions d'âge, d'indigence et de domicile, prescrites par les règlements pour l'admission dans les hospices, ne peuvent pas y être reçus faute de place.

Une deuxième somme de 100,000 fr. formera un fonds nouveau intitulé : *Secours aux indigents atteints de phthisie ou de maladies chroniques.* Ce fonds sera réparti entre les bureaux de bienfaisance, et permettra de créer un service nouveau et spécial, dont l'expérience, faite dans le IIe arrondissement, a constaté l'utilité, et que réclament instamment toutes les personnes qui ont la plus grande expérience des bureaux de bienfaisance. On sait, en effet, que les indigents atteints de maladies chroniques ne peuvent être reçus dans les hôpitaux.

Le surplus, soit 6,500 fr., sera ajouté à un service dont les bons résultats ont été souvent proclamés, celui des *Secours aux accouchées à domicile.* Ce supplément permettra soit de secourir un plus grand nombre de femmes, qui seront ainsi dispensées d'entrer dans les hôpitaux, soit de prolonger dans la limite du possible, en la portant de neuf à dix ou douze jours, la durée du séjour des accouchées chez les sages-femmes.

Par suite de ces utiles modifications, l'ensemble des ressources disponibles des vingt bureaux de bienfaisance de Paris en 1878 s'élèvera à 5,140,517 fr. (*La France.*)

Baraquements pour le traitement des maladies épidémiques. — On lit dans l'*Économie*, de Tournai :

« Tournai possède enfin des baraquements pour le traitement des maladies épidémiques, tels que la science les préconise depuis plusieurs années.

« On sait qu'il y a quatre mois, l'administration des hospices civils les avait mis en adjudication publique ; ils sont aujourd'hui à peu près terminés et s'élèvent dans la cour de l'ancienne caserne des Capucins, où le pubilc est admis à les voir.

« Voici quelques renseignements sur cette construction, faite d'après les dessins de M. Justin Soil, architecte des hospices :

« L'ensemble constitue un petit hôpital pouvant recevoir 40 lits environ ; il se compose de quatre salles surhaussées du sol d'un mètre et longues chacune de douze à quinze mètres, avec annexes à usage de cabinet des médecins, salle de bains, salle d'isolement, lingerie, chambres et réfectoires des infirmiers, etc. Ces salles sont complétement isolées ; on se rend de l'une à l'autre par des passages à air libre ; une grande pièce centrale sert de cuisine ou tisanerie.

« Aussitôt achevé, l'hôpital-baraque sera démonté et remisé pour être élevé, le cas échéant, à l'endroit où le besoin l'exigera, et ce dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours. »

Mort de Pongo. — Pongo, le jeune gorille appartenant à l'aquarium de Berlin, qui a, pendant quelque temps, été l'objet de la curiosité publique à l'aquarium de Westminster, est mort presque subitement le 13 novembre dernier, à cinq heures du matin. Il avait été amené en Europe, de Chinchoxo, dans l'Afrique occidentale, par le docteur Falkenstein, il y a dix-huit mois ; l'aquarium de Berlin l'avait acheté au prix de 25,000 fr., de la Société d'exploration de l'Afrique équatoriale, et il avait été convenu, dit-on, que, s'il mourait, son corps serait vendu au Musée anatomique de Berlin.

Ce corps a été soumis à une autopsie, après avoir été mesuré et qu'on eut prix des moulages de la tête, de la poitrine et des extrémités. Comme on possède beaucoup de peaux empaillées et de crânes de gorilles, on a pensé que cette autopsie n'apprendrait rien de nouveau et que la conservation des restes de ce quadrumane n'avait qu'une importance secondaire.

Cependant, on a soigneusement déposé le cerveau dans de l'alcool pour en faire l'objet d'un examen spécial. Tous les autres organes ont été mis en réserve de la même manière.

L'objet immédiat que l'on s'est proposé est la cause de la mort. Contrairement à ce que l'on supposait, les poumons ont été trouvés en parfait état ; on avait cru qu'ils auraient été atteints par l'effet du climat. Il n'y avait rien non plus au foie ; les seuls organes que l'on ait trouvés malades sont les intestins ; il est évident que Pongo était mort de la diarrhée, et qu'il avait longtemps souffert de cette maladie. On a trouvé dans le cœcum une épingle recourbée et un bouton de gant, mais il ne semble pas que ces corps étrangers aient accéléré la mort.

De ce fait que les poumons étaient à l'état normal, on a conclu que les gorilles peuvent vivre sous le climat de l'Europe.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les fêtes de Noël et du jour de l'An tombant cette année un mardi, jour consacré aux séances de l'Académie, une certaine perturbation est, par cela même, apportée aux travaux de la Compagnie. Les séances auront lieu le mercredi. Or, les séances qui se tiennent les jours autres que le mardi n'attirent jamais qu'une assistance très-restreinte. Précisément, il y avait hier à l'ordre du jour le rapport sur les candidatures à une des places vacantes dans la section d'hygiène. Si le rapport avait été lu, le règlement exigeait que l'élection eût lieu le mercredi 26 décembre. Sur la proposition très-sage de M. Hardy, le rapport n'a pas été lu et l'élection sera renvoyée à trois semaines.

Hier, il s'est agi de nommer un successeur à M. Dolbeau dans la section de pathologie chirurgicale. M. Panas, porté en première ligne, a réuni, au premier tour de scrutin, une imposante majorité.

L'Académie s'est ensuite occupée du renouvellement de son bureau pour 1878.

A la presque unanimité (72 voix sur 75 votants), M. le professeur Richet a été élu vice-président.

Comme secrétaire annuel, M. Henri Roger, par acclamation, a été recloué, et pour longtemps, sur son fauteuil.

Enfin, MM. Blot et N. Gueneau de Mussy remplaceront, au conseil, les membres sortants.

Ces élections ont occupé toute la séance et n'ont pas laissé la plus petite place aux questions scientifiques.

CLINIQUE MÉDICALE

ANÉVRYSME DE L'AORTE OUVERT DANS L'ARTÈRE PULMONAIRE, AORTITE PROBABLEMENT SYPHILITIQUE;

Pièce présentée à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 12 octobre 1877,

Par le docteur A. LAVERAN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

OBSERVATION (recueillie par M. le docteur Bussard). — Le nommé Gagnon (Georges), gardien

FEUILLETON

LA TÊTE DE BICHAT

devant la Société anthropologique; et les localisations cérébrales (1).

Gall, né en 1758, à Tiefenbrun, près de Pforzheim, dans le grand-duché de Bade, racontait lui-même que, très-jeune, il avait été frappé de voir parmi les enfants de son âge, et souvent dans une même famille, tant d'inclinations opposées, tant d'aptitudes différentes. Il remarqua particulièrement que, dans les écoles, les enfants et les jeunes gens qui avaient des yeux à fleur de tête, des yeux de bœuf, étaient doués d'une excellente mémoire et remportaient tous les prix. La relation entre cette conformation singulière et une faculté intellectuelle, se confirmant sans cesse, le mit sur la voie de toutes ses découvertes.

Après des recherches innombrables et des observations multipliées dans les écoles, dans les hôpitaux, dans les prisons, après avoir parcouru beaucoup de villes, Gall était parvenu à fonder tout son système organologique, et, en 1796, il ouvrit à Vienne des cours publics qui eurent un grand retentissement. Mais une doctrine qui localisait les instincts, les penchants, les sentiments, les facultés intellectuelles dans le cerveau, tout en le désignant comme organe de l'âme, parut suspecte de matérialisme, et son cours fut interdit par un édit impérial dans la capitale de l'Autriche. Cependant, on ne tarda pas à se relâcher de cette rigueur, et, dans les années suivantes, Gall obtint de faire quelques cours particuliers qui attirèrent un certain

(1) Suite. — Voir les numéros des 11 et 18 décembre.

aux bureaux du ministère de la marine, âgé de 29 ans, entre au Val-de-Grâce, le 22 septembre 1877, dans le service de M. le professeur Villemin.

En 1870, le malade a contracté un chancre induré. En 1872, pendant un séjour à Singapour, il eut une adénite cervicale, et simultanément une arthrite tibio-tarsienne du côté droit; il guérit de ces accidents, qui coïncidèrent avec la perte des cheveux et des douleurs ostéocopes. Pas d'habitudes alcooliques.

Depuis plusieurs mois il existait une gêne respiratoire, qui augmentait quand le malade se livrait à un travail pénible; le 10 septembre, sans cause appréciable, Gagnon fut pris subitement, à onze heures du soir, d'une dyspnée intense et en même temps d'une expectoration sanguinolente; pas de point de côté, pas de fièvre. La dyspnée persista, ainsi que l'expectoration sanguinolente, jusqu'au 22 septembre, jour de l'entrée à l'hôpital.

État actuel: Le malade, d'une constitution moyenne, est assis sur son lit; la face est pâle, les lèvres sont un peu bleuâtres. La respiration ne s'effectue que très-péniblement; les inspirations sont rapides et courtes, et le malade est obligé de prendre un point d'appui avec les mains; il n'accuse aucune douleur; la température est normale.

Le pouls est fréquent, bondissant, dépressible : c'est, à s'y méprendre, le *pouls de l'insuffisance aortique;* toutes les 3 ou 4 pulsations, il y a une intermittence.

Voussure marquée de la région précordiale; la pointe du cœur, qui communique à la paroi thoracique un ébranlement très-intense, est déviée en dehors et bat à 4 ou 5 centimètres au-dessous du mamelon. La matité est augmentée et, à la palpation, on perçoit dans la région précordiale un thrill sensible surtout vers la pointe. Les bruits du cœur sont très-énergiques; le malade les entend très-bien. A la base et au premier temps on perçoit un bruit de souffle intense, râpeux, qui se propage vers la clavicule gauche, mais qui présente son maximum d'intensité au niveau de l'articulation de la troisième côte gauche avec le sternum; ce bruit est perçu aussi à la pointe, mais là il est très-doux. Le second bruit est parfaitement normal; les bruits sont réguliers, mais il y a aussi de temps en temps des intermittences comme au pouls.

Du côté de l'appareil pulmonaire, on constate par la percussion une matité aux deux bases; les deux sommets semblent emphysémateux; la respiration y est un peu soufflante. Vibrations thoraciques conservées partout.

En arrière, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure du poumon des deux côtés, on entend une pluie de râles sous-crépitants très-fins mélangés à des râles sonores, sibilants et ronflants.

Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. Pas d'albumine dans les urines. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Cet état persiste sans grand changement jusqu'au commencement d'octobre; le malade est soumis aux préparations de digitale, qui ne produisent qu'une bien légère amélioration. La dyspnée persiste aussi intense; l'expectoration est toujours abondante, mousseuse, striée de sang. Insomnie, toux continuelle.

---

nombre d'auditeurs d'élite, hommes du monde et médecins. Parmi ces derniers, se trouvait Spurzheim, le plus célèbre élève de Gall, regardé par les phrénologistes comme le second fondateur de la doctrine.

Né à Longwi, en 1776, dans une famille de riches fermiers, Spurzheim fit à Trèves ses études universitaires. Les Français ayant envahi la province en 1799, on l'envoya à Vienne, où il étudia la médecine. Là, il se lia avec Gall et fut son élève pendant plusieurs années, se livrant avec ardeur à l'étude de l'anatomie. En 1804, il avait fait de tels progrès dans la nouvelle doctrine, que Gall se l'adjoignit comme collaborateur. L'année d'après, un nouvel ordre du gouvernement ayant défendu les cours particuliers, à moins d'une permission expresse, les deux savants résolurent de quitter Vienne, où d'incessantes entraves leur étaient suscitées et d'aller répandre leur doctrine dans les différentes capitales de l'Europe.

Les personnes qui, comme nous, ont connu Gall et Spurzheim, peuvent attester, qu'à un génie supérieur ces hommes célèbres joignaient un ardent amour de la vérité, une conviction profonde et l'enthousiasme de leur découverte. Par la nature de son caractère, Spurzheim se sentait irrité des contradictions qu'il rencontrait; Gall tempérait ses impatiences et ne voulait d'autres armes que le raisonnement. Aussi ne s'offensait-il pas des plaisanteries spirituelles qu'on pouvait décocher contre sa doctrine. Socrate s'amusa, dit-on, à la représentation des *Nuées* où Aristophane livrait ce philosophe aux risées de la multitude. A Berlin, le célèbre Kotzebue, à qui l'on doit, entre autres ouvrages, trois cents pièces de théâtre, et qui en aurait composé un plus grand nombre s'il n'avait été poignardé par Sand, en 1819, rechercha la société de Gall, comme pour étudier sa doctrine. Mais il ne l'étudiait que pour la tourner en ridicule, ce dont il s'acquitta parfaitement dans une pièce qu'il composa et fit représenter sous ce titre : *La crâniologie.* Gall assista à la première représentation et prit

Du 1er au 5, une légère amélioration est constatée du côté du cœur : les bruits sont plus réguliers, les intermittences ont disparu; il n'y a absolument rien de changé aux signes que nous a fournis l'auscultation. Mais la poitrine est toujours encombrée de râles et le moindre mouvement amène des quintes de toux très-fatigantes, accompagnées d'expectoration sanguinolente : il n'y a pas dans les crachats de sang pur, il est mélangé aux produits de l'expectoration. La dyspnée excessive que cause chaque exploration rend l'examen du malade très-difficile. Il est impossible au malade de se coucher.

Le 6. L'œdème commence à apparaître aux membres inférieurs.

La journée du 7 est relativement bonne.

Le 8, le malade va plus mal : il est assis sur son lit, les jambes en dehors : c'est la seule position dans laquelle il puisse respirer; la toux est incessante, l'expectoration abondante. Le pouls est moins rapide (80 pulsations), mais les pulsations sont inégales. Le souffle du premier temps s'entend moins, mais le deuxième bruit est très-fort, à timbre métallique; à certains moments, il est seul perceptible; le malade a eu quelques vomissements dans la journée. Les lèvres sont bleuâtres, mais la cyanose n'est pas très-prononcée.

Le 9, faiblesse considérable, toux continuelle, pouls irrégulier : le pouls a du reste perdu dans les derniers jours le caractère bondissant que nous avions constaté au début. Le cœur est tumultueux. Il est très-difficile d'ausculter le malade. A dix heures, il meurt asphyxié.

Autopsie. — *Aspect extérieur* : Rien de particulier à signaler, si ce n'est un peu d'œdème localisé autour des malléoles.

Cavité thoracique : A l'ouverture de la poitrine, il s'écoule une certaine quantité de liquide citrin, tout à fait transparent. La cavité pleurale du côté droit contient environ un litre de ce liquide; il y en a également, mais en bien moindre quantité, du côté gauche. Du reste, les poumons sont parfaitement libres d'adhérences dans toute leur étendue, si ce n'est pourtant à la base du côté gauche. Entre la partie inférieure du poumon gauche et la face supérieure du diaphragme existent quelques fausses membranes, molles, gélatiniformes, très-faciles à rompre : en un mot il y a là les traces d'une pleurésie diaphragmatique récente.

Les poumons examinés en place présentent à leur superficie, immédiatement sous la plèvre, de petites ecchymoses, nombreuses surtout au niveau de leur bord antérieur; elles sont en plus grand nombre et plus accentuées du côté gauche. Les deux poumons sont fortement congestionnés, aux bases surtout : ils présentent une coloration lie de vie toute spéciale plus prononcée dans le lobe moyen et le lobe inférieur du poumon droit.

La section de la trachée et des grosses bronches révèle une congestion intense de la muqueuse; en certains endroits existe un pointillé hémorrhagique; ces canaux contiennent un liquide spumeux et sanguinolent très-abondant.

A la coupe, la congestion pulmonaire, si évidente déjà à l'extérieur, devient bien plus manifeste : les deux poumons laissent écouler une grande quantité de sang noir, spumeux. Les

---

franchement part à l'hilarité du bon public de Berlin, ainsi que l'aurait fait à sa place tout homme d'esprit. On est toujours sûr d'exciter la gaieté du plus habile et du plus aimable de nos chirurgiens, en lui citant les deux vers d'une comédie jouée à l'Odéon, en 1828 :

Il fonde sa fortune et sa gloire future
Et sur le magnétisme et sur l'acupuncture.

Après avoir parcouru la plus grande partie de l'Europe, l'ambition de Gall et de Spurzheim ne pouvait être satisfaite qu'après avoir obtenu pour leur découverte la sanction de l'Académie des sciences. Ils vinrent à Paris en 1807. L'année d'après ils communiquèrent à l'Institut leur mémoire sur l'anatomie et la physiologie du cerveau. La commission nommée pour l'examiner était composée de Tenon, Sabatier, Portal, Pinel et Cuvier, noms illustres, dont la décision devait être sans appel. Les premières démonstrations de Gall et de Spurzheim furent accueillies avec une très-grande faveur. Quoique Corvisart ne fît point partie de la commission, il se montra enthousiaste de la nouvelle doctrine; ses opinions étaient des oracles pour l'Empereur, à qui cependant il ne parvint pas à les faire partager. Napoléon regardait comme des charlatans Lavater, le marquis de Puységur, Gall et Spurzheim; il les rangeait sur la ligne des idéologues. Des personnes se prétendant bien informées m'ont assuré que, dans une réception aux Tuileries, l'Empereur, avisant Cuvier, lui dit avec des signes de mécontentement : « On vous enverra des médecins allemands pour vous apprendre l'anatomie du cerveau. » Suivant ces personnes, Cuvier était trop bon courtisan pour n'avoir pas modifié quelque peu les termes de son rapport. On en connaît les conclusions, le système de Gall ne s'en releva pas. Cependant les commissaires rendirent une certaine justice à la partie anatomique du mémoire. Douze ans après, Cuvier lui-même, dans un rapport sur les premières expériences de Flou-

deux lobes inférieurs du poumon droit sont plus que congestionnés, ils sont le siége d'une véritable splénisation; les fragments détachés tombent au fond de l'eau. Nulle part on ne constate de foyers apoplectiques ou d'infarctus. En comprimant le parenchyme pulmonaire, on voit sortir des orifices qui correspondent à la section des veines pulmonaires de petits caillots noirs comparables à des fragments de vermicelle; ces caillots sont en très-grand nombre, mais tous sont contenus dans des vaisseaux.

Aux deux sommets, lobules emphysémateux; pas de traces de tubercules.

Les ganglions bronchiques sont sains.

Cœur : Très-peu de liquide dans le sac péricardique.

Le cœur est considérablement hypertrophié; l'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche. La pointe du cœur a disparu pour ainsi dire, et les bords droit et gauche se confondent insensiblement.

Dimensions du cœur :

Au niveau du sillon auriculo-ventriculaire (largeur) : 14 centimètres; de ce sillon à la pointe : 15 centimètres.

Épaisseur à la partie moyenne du ventricule gauche : 4 centimètres. A l'extérieur, de nombreuses plaques laiteuses, abondantes, surtout au niveau du ventricule droit.

Après avoir détaché le cœur, nous constatons tout d'abord une dilatation considérable des deux oreillettes, surtout de la droite; toutes deux contiennent un sang noir, poisseux, liquide.

Après avoir incisé dans toute sa longueur l'artère pulmonaire pour pénétrer dans le ventricule droit, nous constatons ce qui suit :

Au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire dans le ventricule, le long de la paroi postérieure du vaisseau, à l'endroit où l'artère pulmonaire est en contact avec l'aorte, on aperçoit deux saillies sphériques, ou plutôt une saillie bilobée; les deux lobes sont nettement séparés par un sillon qui correspond exactement à l'endroit où les valvules sigmoïdes, en se redressant, viennent se mettre en contact avec la paroi du vaisseau. La saillie inférieure est du volume d'une grosse noisette; elle mesure, comme étendue, toute la largeur de la valvule sigmoïde postérieure, dont le sommet seul est libre, la partie inférieure étant adhérente.

La saillie supérieure a à peu près le même volume; elle est moins régulière, elle présente çà et là quelques plaques athéromateuses. Ces deux tumeurs cèdent sous la pression du doigt, et il est facile de s'apercevoir qu'elles constituent la paroi d'une poche. A l'endroit où la tumeur supérieure se confond avec la paroi de l'artère pulmonaire, se voit un orifice déchiqueté, irrégulier, à bords amincis, assez grand pour qu'on puisse y introduire une sonde ordinaire. On constate ainsi que ces deux saillies ne constituent que deux parties d'une même poche communiquant par cet orifice, d'une part, avec l'artère pulmonaire, d'autre part, avec une large cavité qui n'est autre que l'aorte, ou plutôt une dilatation anévrysmale de l'aorte, que nous décrirons plus bas. On acquiert, du reste, la preuve de cette communication en versant de l'eau par la partie supérieure de l'aorte; le liquide passe dans l'artère pulmonaire.

---

rens, disait : « On sait aujourd'hui, et surtout d'après les dernières recherches de MM. Gall et Spurzheim, que, etc., etc. »

Malgré la violente contrariété que le rapport de Cuvier leur fit éprouver, les deux savants ne perdirent pas l'espoir que la postérité, et peut-être même les contemporains, leur donneraient raison contre leurs adversaires. Ils présentèrent, non sans quelque succès, la réfutation du rapport de la Commission, entreprirent la publication de leur grand ouvrage et ouvrirent des cours publics, Gall à l'Athénée, Spurzheim à Londres et à Edimbourg, où il fit de nombreux prosélytes.

L'auditoire du dernier cours de Gall, professé en 1820, aux *Jeunes Aveugles*, était composé de nombreux médecins, de savants, d'artistes et de gens du monde, parmi lesquels on remarquait Andrieux, Daunou, de Gérando, Casimir Delavigne. Le plus exact de tous était Destutt de Tracy. Assis derrière une grande table couverte de crânes, de plâtres, de portraits, soit d'hommes marquants, soit de criminels célèbres, il avait un volume de son grand ouvrage ouvert devant lui et dont parfois il citait quelques passages. Quoique tudesque, sa diction exprimait toujours simplement une pensée nette et juste ; c'était la science sans phrases, une conversation nourrie d'une multitude de faits et d'anecdotes qui avaient un grand charme.

Après la leçon, nous entourions le professeur ; il répondait avec complaisance à nos questions, à nos objections sur l'anatomie du cerveau, sur le siége des facultés, sur la conformation de la tête de quelque assistant. Il signalait les yeux à fleur de tête, et pour ainsi dire pochés, comme signe de la mémoire des mots chez l'aimable Andrieux; le front bombé à sa partie moyenne et supérieure, organe de l'esprit métaphysique, de la causalité chez MM. Destutt de Tracy et de Gérando, conformation qui se présente à un degré type dans le front de Kant, et surtout dans celui de Fichte; et enfin l'élargissement de la partie externe et supé-

Ces deux saillies que nous venons de décrire, quoique vides, occupent presque tout le calibre de l'artère pulmonaire. Cette artère présente encore quelques plaques athéromateuses au niveau de sa bifurcation.

Du côté de l'aorte, rien à constater au niveau de l'orifice aortique lui-même; les valvules sigmoïdes ne présentent pas d'altérations; il n'y a ni rétrécissement, ni insuffisance. Mais, immédiatement au-dessus de l'orifice des artères coronaires, on constate la présence d'une poche anévrysmale, communiquant largement avec le vaisseau par un orifice qui mesure 4 centimètres dans le diamètre transversal, 5 centimètres dans le diamètre vertical. Cette poche, qui contiendrait facilement une grosse noix, s'est développée surtout aux dépens de la partie antérieure et de la portion droite de la circonférence de l'aorte; elle est irrégulière, anfractueuse, de nombreuses plaques athéromateuses et calcaires existent dans toute son étendue; de plus, à la partie inférieure de cette poche, on voit un orifice qui conduit dans un diverticulum annexé à la dilatation anévrysmale. Ce diverticulum est précisément constitué par les deux petites cavités, les deux saillies que nous avons décrites à l'intérieur de l'artère pulmonaire.

En résumé, il existe sur le trajet de l'aorte, immédiatement après son origine, une poche anévrysmale volumineuse qui communique librement par un diverticulum avec l'artère pulmonaire.

Au-dessus de l'anévrysme, l'aorte présente de nombreuses traces d'inflammation; sa surface est très-inégale, ulcérée sur quelques points; la paroi est notablement épaissie.

Le ventricule gauche est considérablement épaissi. La valvule mitrale paraît saine.

Le ventricule droit n'est pas hypertrophié; il renferme un caillot volumineux, complétement décoloré, qui se prolonge assez loin dans l'artère pulmonaire. Pas d'altérations de la valvule tricuspide.

Rien de particulier du côté des autres organes :

Foie volumineux, très-congestionné.

Rate, reins, normaux.

Pas d'altérations appréciables du côté des centres nerveux.

Les testicules renferment des noyaux de matière caséeuse et des tractus fibreux, cicatriciels (gommes et orchite syphilitiques) ; les épididymes ne sont pas malades.

Examen histologique. — Un fragment de l'aorte pris au-dessus de la poche anévrysmale est étendu sur une lamelle de liége, puis durci dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool (quarante-huit heures dans chacun de ces réactifs) ; des coupes sont ensuite pratiquées, colorées par le picrocarminate et montées dans la glycérine.

La tunique interne (endartère) est notablement épaissie, sa surface est inégale, mamelonnée, non ulcérée sur les points soumis à l'examen; les noyaux de la couche profonde ont proliféré

---

rieure du front, organe de l'esprit poétique, chez Casimir Delavigne. Aujourd'hui que l'expérience a fait litière de tant d'illusions d'autrefois, je reconnais cependant que j'ai vu Gall et Spurzheim porter, pour ainsi dire toujours, des jugements justes et extraordinaires.

Je ne revis Gall que dans les dernières semaines de sa vie, à sa campagne de Montrouge, où m'avait conduit Fossati. Cuvier qui, avons-nous dit, n'était pas sans reproches à son égard, venait de lui envoyer une tête dont l'organisation lui paraissait singulièrement favorable à la nouvelle physiologie du cerveau. « Remerciez M. Cuvier, répondit Gall; il ne manque plus à ma collection qu'une seule tête : c'est la mienne; elle y sera bientôt et elle sera la meilleure confirmation de ma doctrine. » Son vaste crâne figure, en effet, dans la collection curieuse dont, par testament, il fit don au Muséum d'histoire naturelle. Il succomba, en 1828, à une hypertrophie du cœur, suivie d'une apoplexie foudroyante, ayant conservé jusqu'aux derniers jours un calme imperturbable et l'intégrité de son intelligence.

Après la mort de Gall, et malgré la défaveur dont sa doctrine était frappée au sein des Académies, il se fonda à Paris une Société phrénologique, qui réunit plusieurs médecins de mérite et quelques savants étrangers à la profession. Parmi les premiers figuraient Andral, Amussat, Abraham, Bérard aîné, Broussais père, Casimir Broussais, M. Bouillaud, M. Jules Cloquet, Canuet, Devilliers, Falret, Ferrus, Londe, Rostan, Royer-Collard, Sanson aîné; on peut citer, parmi les seconds, M. Ch. Lucas, de l'Académie des sciences morales et politiques; Blondeau, membre de la même Académie et doyen de l'École de droit; le baron Gérard, membre de l'Académie des beaux-arts; Léon Foucher, également membre de l'Institut; le duc de Montebello, etc. L'article 4 de son règlement statua que la Société publierait un journal; M. Bouillaud en fut nommé rédacteur principal; il en fit le prospectus, inséré en tête du premier numéro, et commençant par cette phrase magistrale : « La presse périodique

d'une façon très-active; à la réunion de la tunique interne et de la tunique moyenne, on trouve quelques petits foyers athéromateux.

La tunique moyenne est dissociée, sur un grand nombre de points, par des îlots de cellules embryonnaires, qui ne semblent pas se rattacher au processus inflammatoire de l'endartère, car il existe presque partout une couche de tissu sain intermédiaire. Ces îlots de cellules sont irréguliers, beaucoup s'étendant jusqu'à l'adventice; on comprend facilement qu'en détruisant sur quelques points la tunique moyenne, ils aient déterminé la formation d'un anévrysme.

Réflexions. — Des observations d'anévrysmes de l'aorte ouverts dans l'artère pulmonaire, ont été rapportées par Thurnam, qui en a réuni 11 cas, Sibson, H. Bennet, W. Wade, Pierreson. Presque toujours il s'agit, comme dans le cas actuel, de malades qui, après avoir présenté pendant quelque temps des troubles de la circulation et de l'oppression, sont pris tout à coup et souvent à l'occasion d'un effort, d'un violent accès de dyspnée avec tous les signes d'une congestion pulmonaire intense : expectoration sanguinolente, hémoptysies, râles d'œdème pulmonaire, cyanose. L'examen du cœur révèle, dans presque tous ces cas, des battements exagérés du cœur, et un souffle très-fort dont le maximum est à la base; tantôt le souffle se confond avec le premier bruit, tantôt avec le deuxième, tantôt enfin il occupe les deux bruits, et il est presque continu. D'après W. Wade, le maximum du bruit de souffle correspond au cartilage de la troisième côte gauche; c'est, en effet, ce qui a été noté dans le cas actuel.

Les faits cliniques relatés dans l'observation précédente s'expliquent très-facilement quand on les rapproche des faits anatomiques révélés par l'autopsie. Le malade était porteur, depuis assez longtemps, d'un anévrysme de l'aorte qui donnait lieu à de l'oppression, à des palpitations, mais qui n'empêchait pas Gagnon de vaquer à ses occupations. Le 10 septembre, à onze heures du soir, la poche anévrysmale s'ouvre dans l'artère pulmonaire; la pression du sang augmente tout à coup dans les vaisseaux pulmonaires; les poumons se congestionnent violemment, d'où l'orthopnée et l'expectoration sanguinolente. La cyanose n'a jamais été considérable; la pression du sang dans l'aorte étant plus considérable que dans l'artère pulmonaire, le sang noir contenu dans l'artère pulmonaire ne passait pas dans l'aorte, et la cyanose des lèvres notée pendant la vie dépendait de la gêne de l'hématose bien plutôt que du mélange des deux espèces de sang. La saillie de la poche anévrysmale avait déterminé un rétrécissement considérable de l'orifice pulmonaire, d'où le souffle au premier temps et à la base; des bruits de souffle devaient

---

est aujourd'hui l'œil, et, si l'on ose le dire, le *cerveau* de la Société. » On m'en confia l'introduction, dans laquelle je m'efforçai d'exposer succinctement les principes de la phrénologie, de réfuter les arguments de ses détracteurs, et de faire connaître le but et l'esprit de la Société naissante. Je ne me permets ces détails qu'afin d'expliquer la visite inattendue, que me valut ce travail sans importance, de la part d'un homme justement célèbre. Cette visite est celle de Spurzheim, le collaborateur de Gall.

(*A suivre.*) FOISSAC.

Mutations. — Les mutations pour les chirurgiens des hôpitaux vont s'effectuer dans l'ordre suivant :

M. Tillaux passe à Beaujon; — M. L. Labbé, à Lariboisière; — M. Polaillon, à la Pitié; — MM. Périer et Th. Anger sont nommés à l'hôpital Ménilmontant; — M. Terrier passe à la Salpêtrière; — MM. Delens, Nicaise et Lucas-Championnière quittent le Bureau central pour prendre : le premier Lourcine, le second Bicêtre, le troisième la Maternité-Cochin.

Prix de l'internat. — Le concours pour les prix de l'internat à l'Assistance publique est terminé. Voici les noms des lauréats :

Médaille d'or : M. Cuffes. — *Médaille d'argent* : M. Oulmont.
Mentions : 1re, M. Bouveret; 2e, M. Kirmission.
Médaille d'argent : M. Gille. — Accessit, M. Bide.
Mentions : 1re, M. Saint-Ange; 2e, M. Rontier.

se produire également au niveau de la poche anévrysmale de l'aorte et à l'orifice de communication de cette poche avec l'artère pulmonaire; les valvules aortiques n'étant pas insuffisantes, on pouvait encore entendre le deuxième bruit normal.

Le sang, poussé dans l'aorte à chaque systole ventriculaire, ne retombait pas dans le ventricule gauche, comme cela a lieu dans l'insuffisance aortique; mais il y avait *une fuite* par l'orifice de communication de la poche anévrysmale avec l'artère pulmonaire, ce qui permet de comprendre pourquoi le pouls avait les caractères du *pouls de Corrigan.*

La congestion pulmonaire explique l'asphyxie et la mort.

L'étiologie seule est assez obscure dans ce cas; il est rare de trouver des altérations aussi profondes de l'aorte chez un homme de 29 ans. Le malade n'avait pas d'habitudes alcooliques, mais il avait contracté la syphilis en 1870, et l'on est en droit de se demander si la syphilis n'a pas joué un rôle dans le développement de l'aortite. Il est aujourd'hui bien démontré que la syphilis peut produire des lésions des artères cérébrales caractérisées par la formation de petites tumeurs gommeuses, et plusieurs auteurs, Virchow entre autres, ont décrit des altérations syphilitiques de l'aorte. Nous serions assez porté à admettre que, dans le cas actuel, l'aortite s'est développée sous l'influence de la syphilis; l'examen histologique a démontré, en effet, que l'endartérite n'était pas simple, qu'il y avait dans la tunique moyenne une série d'îlots de cellules embryonnaires qui représentaient peut-être de petites gommes syphilitiques. En l'absence d'éléments caractéristiques des gommes, il est très-difficile de se prononcer d'une façon absolue sur la véritable nature du processus inflammatoire. De nouveaux faits sont nécessaires pour décider cette question; mais, dès aujourd'hui, on peut dire que l'existence d'une aortite syphilitique est probable; je connais, pour ma part, un malade syphilitique qui a présenté pendant quelque temps tous les signes d'une affection très-grave de l'aorte, affection à laquelle il a failli succomber, et qui a guéri complétement sous l'influence d'un traitement spécifique.

Voyez, à ce sujet, Thurnam, *Mémoire sur les anévrysmes variqueux spontanés de l'aorte péricardique.* (*Medico-chirurg. Transact.*, 1840. Traduct. par H. Roger, in *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. II, p. 210.) — Willoughby Wade : *Medico-chirurg. Transact.*, 1861, et *Arch. gén. de méd.*, 1862, 5e série, t. XIX, p. 356. — Pierreson, *Bulletins* de la Soc. anat., juin 1860. — A. Luton, art. Aorte, *in* Nouv. Dictionn. de méd. et de chir. prat., 1865, t. II, p. 790. — E. Lancereaux, *Traité de la syphilis.* — Du même : *Des affections syphilitiques de l'appareil circulatoire.* (*Arch. gén. de méd.*, 1873, 6e série, t. XXII, p. 42.) — Du même : *Communic. au Congrès méd. du Havre,* 1877. — Virchow, *Krankh. Geschw*, II B., p. 444. — Rabot, thèse de Paris, 1875.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 décembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet :

1° L'ampliation d'un décret par lequel est approuvée la donation d'une somme de 2,000 fr., léguée par M. le docteur de Halfaro, pour un prix, une fois donné, à un travail relatif aux maladies du système nerveux, et, en particulier, à l'aliénation mentale.

2° L'ampliation du décret qui approuve la nomination de M. Riche, professeur à l'École de pharmacie, en remplacement de M. Gobley, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Missin, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Lucenay (Rhône) en 1877.

2° Les rapports généraux de MM. les inspecteurs des eaux minérales d'Aulus et d'Aulet pendant l'année 1875. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Vibert, sur un mode de conservation du vaccin.

2° Une deuxième note de M. le docteur Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy, sur un nouveau spéculum qui permet de pratiquer certaines opérations dans l'intérieur du vagin.

3° Une lettre de M. le docteur Armand de Fleury, de Bordeaux, qui se porte candidat comme correspondant pour la première section.

4° Les rapports du comité de vigilance pour le phylloxera.

5° Une lettre de M. le doyen de la Faculté de Paris, accompagnant l'envoi de la liste des docteurs, des officiers de santé et des sages-femmes reçus pendant l'année 1876, et la mention des thèses récompensées pendant la même année.

—

M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau un volume de M. Picot, professeur suppléant à l'École de médecine de Tours, volume intitulé : *Les grands processus morbides.*

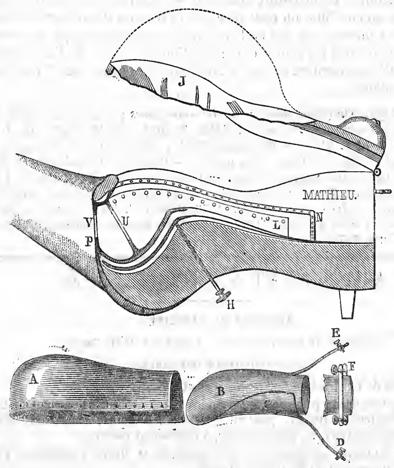
M. Personne met sous les yeux de l'Académie des cerveaux conservés par un procédé qui lui est propre.

A ce propos, M. Broca annonce qu'il a reçu de M. Oré la description de son procédé. (Sera inséré dans le *Bulletin* de l'Académie.)

M. Broca remet également à M. le Président, pour être insérée au *Bulletin*, une courte note, en forme de rapport, sur un cas de sexdigitalisme transmis à travers six générations.

M. le docteur Tarnier présente, au nom de MM. Budin et Pinard, un *mannequin obstétrical* qu'ils ont fait fabriquer par MM. Mathieu fils.

Ce mannequin permet de pratiquer les diverses opérations, et d'exercer les élèves au diagnostic des présentations et des positions. Ce mannequin est en bois sculpté, et représente le corps d'une femme depuis les seins jusqu'aux genoux. Le bassin reproduit la forme d'un bassin osseux.



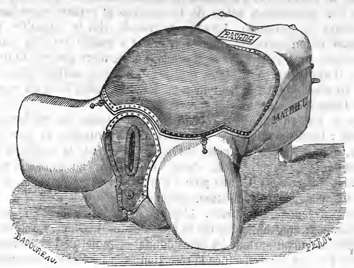
Les parties molles, parois abdominales, utérus, périnée, vulve, sont en caoutchouc, et fixées au moyen de vis mobiles, de telle façon qu'on peut facilement les changer.

On peut donc faire des applications de *forceps* et pratiquer la version dans des conditions semblables aux conditions normales.

Le rectum est mobile, et peut être rapproché à volonté de la symphyse pubienne. On reproduit ainsi les *rétrécissements du bassin.*

La *mensuration digitale* devient possible, et la *crâniotomie*, la *céphalotripsie*, la *céphaloto-*

mie, l'*embryotomie*, etc., sont faites, comme sur le vivant, au niveau et au-dessus du détroit supérieur.



Avant d'être exercés aux opérations, les élèves ont pu l'être au diagnostic.

Un fœtus mort-né étant placé dans l'utérus, le *toucher* donne des sensations analogues à celles qu'on perçoit chez une femme en travail. On peut donc faire l'éducation du doigt d'une façon complète.

Si une poche à parois minces contenant le fœtus et une certaine quantité d'eau, est mise dans l'utérus, il est possible de pratiquer le *palper* et d'effectuer la *version par des manipulations externes*.

Les services que ce mannequin obstétrical a, depuis une année, rendus à MM. Budin et Pinard, dans leur enseignement particulier, sont tels, qu'ils ont cru devoir le présenter à l'Académie.

M. Bergeron offre en hommage un volume de M. Lunier, sur la consommation de l'alcool et du vin dans les différents départements de la France.

M. Chauffard fait hommage à l'Académie du discours qu'il a prononcé à l'inauguration de la nouvelle Faculté de médecine de Lyon.

M. Gosselin dépose sur le bureau un traité d'anatomie topographique, par M. Tillaux.

M. Lefort, un volume concernant l'ischurie, par M. Bottini.

—

L'Académie, consultée par M. le Président, décide qu'elle ne tiendra pas séance les mardi 25 décembre et mardi 1er janvier, mais les mercredi 26 décembre et mercredi 2 janvier. Les rapports et les élections des sections d'hygiène et de pathologie médicale sont renvoyés aux séances des mardis qui suivront.

—

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. La section présente la liste suivante :

En première ligne, M. Panas; — en deuxième ligne, M. Félix Guyon; — en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Désormeaux et Desprès; — en quatrième ligne, M. Th. Anger.

Sur 75 votants, M. Panas obtient 57 suffrages, M. Désormaux 12, M. Desprès 3, M. F. Guyon, 2, bulletin blanc 1.

En conséquence, M. Panas est élu.

—

L'Académie procède ensuite, par la voie du scrutin, à l'élection de son vice-président pour l'année 1878. M. Richet est nommé à l'unanimité.

MM. Blot et Gueneau de Mussy sont élus membres du conseil d'administration.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 18 novembre.)

— M. Gillette présente à la Société un homme de 28 ans sur lequel il a pratiqué, il y a

six mois environ, la *résection du coude droit* sous-périostée pour la partie du squelette correspondant à l'humérus. Le résultat qu'il a obtenu lui paraît satisfaisant à deux points de vue : comme conservation des *mouvements actifs* de l'avant-bras et comme *reproduction complète de l'extrémité inférieure de l'humérus.* Lorsque ce malade vint le consulter, il portait une tumeur blanche osseuse et fongueuse du coude remontant à quatre ou cinq ans et ayant eu peut-être, comme origine, un traumatisme reçu pendant la dernière guerre. Entré dans un des hôpitaux du centre, il avait subi à diverses reprises des cautérisations ponctuées; mais le mal s'était aggravé au point que, vu la hauteur à laquelle remontait la lésion osseuse, on avait cru devoir songer à l'amputation du bras.

Au moment où je le vis, dit M. Gillette, l'état *local* et *général* de cet homme était aussi mauvais que possible : Douleurs violentes et incessantes spontanées et provoquées par le moindre mouvement, gonflement considérable et fusiforme de toute la région de l'article, avec phénomènes inflammatoires très-accentués, abcès, fistules par où le stylet rencontrait des fongosités et des dénudations osseuses, voilà pour l'état local : fièvre, surtout le soir, inappétence, amaigrissement, insomnie ; constitution, en un mot, bien délabrée.

M. Gillette se décida à tenter la *résection.* L'opération ne présenta rien de particulier et dura à peine vingt minutes ; anesthésie. Ce fut le procédé de M. Ollier, en *baïonnette*, qui fut employé. Les fongosités occupant surtout les côtés cubital et radial de l'articulation, ce ne fut que pour l'os du bras que put être effectuée la résection sous-périostée. La section du cubitus fut faite *obliquement*, à l'effet de ménager l'insertion du brachial antérieur ; celle du biceps à la tubérosité radiale fut aussi conservée. Pas de suture ; drainage.

Les extrémités osseuses que M. Gillette présente également à la Société sont remarquables par leurs porosités multiples et par leur *extrême légèreté.* Il existe à leur surface des myriades de petits orifices ; elles représentent, selon lui, un beau type de l'*ostéite raréfiante de Gerdy.*

Le malade a mis trois mois à guérir. Un fait clinique fort important fut la *sédation complète* des phénomènes locaux (principalement la douleur) et des symptômes généraux, le soir même du jour où fut pratiquée la résection, abaissement de la température et du pouls. Une gouttière plâtrée fut appliquée, et le pansement chloralé fut employé pendant presque tout le temps.

Actuellement ce malade est complétement guéri ; le membre supérieur droit est un peu plus court el moins gros que celui du côté opposé, mais cet homme *exécute facilement les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras*, et ces mouvements sont *actifs* et *volontaires.* Quant aux mouvements de pronation et de supination, ils sont extrêmement restreints. Le palper du coude démontre, d'une façon manifeste, que l'*extrémité inférieure de l'humérus réséquée* s'est *complétement reproduite*, même avec sa forme à peu près normale : elle est seulement un peu plus volumineuse ; quant aux os de l'avant-bras, ils se trouvent reliés à cette extrémité humérale par des cordons fibreux très-résistants.

M. Tillaux trouve ce résultat remarquable, parce que l'opéré a la faculté de faire des mouvements actifs d'extension et de flexion. Malgaigne, dans sa *Médecine opératoire*, avait même été jusqu'à nier la possibilité d'un semblable résultat après résection du coude.

M. Verneuil fait remarquer qu'il est complétement impossible de nier, chez ce malade, la régénération complète de l'extrémité inférieure de l'humérus : ce nouvel os, plus volumineux que l'ancien, représente même, au palper, et à peu de chose près, la forme et la disposition de l'os enlevé.

M. Desprès traite ces malades atteints de tumeurs blanches par des appareils inamovibles, et obtient des guérisons par ankylose.

M. Farabeuf se rappelle un malade, traité ainsi par M. Desprès, qui a mis quatre ans à guérir par ankylose, et qui, finalement, a succombé à la tuberculose pulmonaire.

Il présente, en outre, quelques considérations anatomiques d'où il résulte que M. Gillette, ayant conservé l'insertion du brachial antérieur et quelques insertions de triceps, son opéré se trouve aujourd'hui en possession de mouvements de flexion et d'extension qu'il n'aurait pas, si l'opérateur avait employé exactement le procédé de M. Ollier.

M. Gillette doute que M. Desprès eût obtenu, dans le cas qu'il vient d'avoir l'honneur de présenter, un bon résultat avec l'immobilisation seule. La suppuration et l'état général étaient tels, que le malade aurait certainement succombé ; il insiste encore sur la sédation immédiate des accidents locaux et généraux aussitôt la résection opérée.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Ouate salicylée.

N° 1.

Acide salicylique.	7 gr. 50 centigr.
Alcool à 83°.	75 grammes.
Eau à 80°	1500 —
Ouate dégraissée.	250 —

On fait dissoudre l'acide salicylique dans l'alcool, on ajoute l'eau à une température de 78 à 80 degrés, et on imprègne de ce liquide la ouate dégraissée.

N° 2.

Acide salicylique.	10 grammes.
Alcool à 83°.	100 —
Eau à 80°.	600 —
Ouate dégraissée.	100 —

Opérez comme précédemment. — Le n° 1 contient 3 p. 100 d'acide salicylique, et le n° 2 en contient 10 p. 100. — Cette ouate est conseillée pour le pansement des plaies et des ulcères. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 20 Décembre 1564.

Charles IX donne un tournoi à Bayonne. Les chirurgiens et les médecins de la cour y figurent; Denis Millet, Lavernot, Jacques Guillemeau, Jean d'Amboise, et d'autres disciples d'Esculape se « déguisent » pour y prendre part. Voici, par exemple, ce que le trésor royal fournit à Jacques Guillemeau, chirurgien de Sa Majesté :

Cinq aunes de damas noir pour lui faire une robe;
Cinq aunes de velours noir pour la border;
Quatre aunes et demie du même velours pour faire un collet à ladite robe et des chausses;
Trois aunes et demie du même velours pour doublures;
Une aune de velours pour faire bonnet et ceinture;
Deux aunes de satin noir pour faire un pourpoint;
Une aune un quart de taffetas noir, six fils, pour bouillonner ledit pourpoint.

Je sais qu'il y avait dans ce tournoi, qui ne coûta pas moins de 24,546 l. 10 s. 3 d. t., un Albanais et une Albanaise, six trompettes et six cornets, douze maîtres du camp, douze tabourins, un joueur de rizo, un chariot de vertu, la déesse de la Vertu, la Prudence, la Vaillance, la Justice, la Tempérance, Vénus, les neuf Muses, deux Cupidons célestes, deux Cupidons « terrians », etc., etc. Mais quels personnages jouaient nos graves médecins et chirurgiens?... — A. Ch.

COURRIER

Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste à la Maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile, dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Externat. — Liste de classement des externes admis :

1 Trousseau, 2 Lévy (Albert), 3 Babinsky, 4 Ricard, 5 Lebreton, 6 Guinard, 7 Laurent (Auguste), 8 Gaucher, 9 Ozenne, 10 Liandier, 11 Dutertre, 12 Richardière, 13 Chaput, 14 Guelliot (Octave), 15 Chéron, 16 Artaud, 17 Chatellier, 18 Figueroa y Giran, 19 Binet, 20 Chenantais.

21 Feulard, 22 Bastard, 23 Brazier, 24 Carafi, 25 Laurent (Georges), 26 Luizi, 27 Latil, 28 Baron (Arthur), 29 Cahier, 30 David, 31 Mercier (Julien), 32 Milley (Joseph), 33 Marey, 34 Butruille, 35 Thomas (Pierre), 36 Astier, 37 Olivier (Adolphe), 38 Simon, 39 Malécot, 40 Wickam (Edmond).

41 Lhuillier, 42 Lacaille, 43 Heulz, 44 Barbulée, 45 Catuffi, 46 Laurent, 47 Hannequin, 48 Ménard, 49 Cayla, 50 Farcy, 51 Rousseau (Gabriel), 52 Dhomont, 53 Gallois, 54 Gomot,

55 Grosclaude, 56 Masson, 57 Meunier (Léon), 58 Brulard, 59 de Lavarenne, 60 Mercier (Gabriel).

61 Oudiné, 62 Bignon, 63 Jousset, 64 Vinache, 65 Millet (Pierre), 66 Rowlat, 67 Soyer, 68 Malibran, 69 Basset, 70 Ferrier, 71 Henneton, 72 Frémont, 73 Balési, 74 Carrette, 75 Delangenhagen, 76 Delapersonne, 77 Uribe, 78 Bucquet, 79 Fournier, 80 Janin.

81 Michelena, 82 Brossard, 83 Cadet, 84 Chayé, 85 Duroselle, 86 Meunier (Jules-Marie), 87 Saury, 88 Guitter, 89 Levêque, 90 Massot, 91 Rousseau (Théodore), 92 Fibich, 93 Jagot, 94 Léviste, 95 Hache, 96 Calmeau, 97 Poussié, 98 Bernard (Antoine), 99 Jozié, 100 Hérédia.

101 Angulo, 102 Audiguier, 103 Dautel, 104 Finot, 105 Sauce, 106 Vallon, 107 Champeil, 108 Chassaing, 109 Gautier (Adrien), 110 Poupon, 111 Réant, 112 Valentini, 113 Fleyssac, 114 Lejars, 115 Chabrier, 116 Turquet, 117 De Ladroitte, 118 Thomas (René-Louis), 119 Haranger, 120 Suchard.

121 Leclère (Charles), 122 Boureau, 123 Jorry, 124 Ramella, 125 Lestrepo, 126 Roussel, 127 Bailly, 128 Bergeron, 129 Lesur, 130 Maubertier, 131 Narich, 132 Pénel, 133 Sédillot, 134 Tremblet, 135 Vidal-Solares, 136 Diaz, 137 Crosnier de Varigny, 138 Livet, 139 Lévy dit Franckel, 140 Boucheron.

141 Buffet-Delmas, 142 Liébaut, 143 Cornilleau, 144 Jacquelot, 145 Sauvier, 146 Barral, 147 Bollot, 148 Callias, 149 Chaumanet, 150 Colin (Émile), 151 Moineau, 152 Morand, 153 Noguès, 154 Pillot, 155 Richard, 156 Rozier, 157 Compte, 158 Coulon, 159 Maison, 160 Reverchon.

161 Sentex, 162 Fèvre, 163 Berthier (Auguste), 164 Lopez, 165 Luce, 166 Renet, 167 Abelanet, 168 Deniau, 169 Fleurs, 170 Sangle-Ferrière, 171 Vazeille, 172 Pautry, 173 Ribeton, 174 Turgis, 175 Paris, 176 Peltier, 177 Marcigney, 178 Bonnaire, 179 Imbert, 180 Veillard.

181 Bernheim, 182 Ferrand, 183 Wickam (Henri), 184 Aron, 185 Bequin, 186 Bouchet, 187 Durand (Félix), 188 comte Laganterie, 189 Lannois, 190 Weisgerber, 191 Corneau, 192 Rattel, 193 Augé, 194 Reynaud, 195 Sauvage, 196 Jouin, 197 Cochot, 198 Leroux, 199 Lemoine, 200 Deschamps.

201 Olivier, 202 Duchemin, 203 Privé, 204 Baron, 205 Bottey, 206 Clozier, 207 Gulat, 208 Henry, 209 Amiot, 210 Jaurand, 211 Rogron, 212 Vandenabeele, 213 Artiago y Quesada, 214 Luquet, 215 Dourdin, 216 Puistienne, 217 Boini, 218 Buret, 219 Gargant, 220 Lafage (Joseph).

221 Descourtis, 222 Davet, 223 Proust, 224 Conil, 225 Ranguedat, 226 Trichet, 227 Clément, 228 Queudot, 229 Chevassus, 230 Dallidet, 231 Morel, 232 Chipier, 233 Paskowski, 234 Ledé, 235 Ott, 236 Lemonnier, 237 Lacroix, 238 Contancin, 239 Nicolas, 240 Ricard (André).

241 Callais, 242 Fontagny, 243 Bourgeau, 244 Mignard, 245 Pujol, 246 Renouard, 247 Hublé, 248 Faurot, 249 Métaxas, 250 Jobim, 251 Saissinel, 252 Ducasse, 253 Socquet, 254 Mossmann.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le samedi 22 décembre 1877 (local de la Société de chirurgie, rue de l'Abbaye, à trois heures et demie très-précises).

Ordre du jour : 1° Lecture de M. le docteur Ladreit de la Charrière à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire (eczéma des oreilles). — 2° Vote sur la candidature de M. le docteur Rougon au titre de membre titulaire. — 3° Discussion sur l'ovariotomie. — 4° Communications diverses.

Etat sanitaire de la ville de Paris.—Population (recensement de 1876): 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 13 décembre 1877, on a constaté 946 décès, savoir :

Fèvre typhoïde, 24 décès; — rougeole, 22; — scarlatine, 0; — variole, 0; — croup, 27; — angine couenneuse, 31; — bronchite, 38; — pneumonie, 66; — diarrhée cholériforme, 5; — choléra-nostras, 0; — dysenterie, 4; — affections puerpérales, 4; — érysipèle, 2; — affections aiguës, 270; — affections chroniques, 398 (dont 157 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 37; — causes accidentelles, 18.

A Londres, du 2 au 8 décembre 1877, on a compté 1,547 décès.

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLINIQUE MÉDICALE

DE L'INFLAMMATION DE LA LOGE PÉRITONÉALE DE RETZIUS, ET EN PARTICULIER DU PHLEGMON PÉRIVÉSICAL;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 26 octobre 1877,

Par M. le docteur E. Vallin, professeur au Val-de-Grâce.

Les inflammations du tissu cellulaire sous-péritonéal ont des localisations multiples; elles ont reçu pour la plupart une dénomination spéciale et sont l'objet d'une description dans nos traités classiques : pérityphlite, engorgement des ligaments larges, inflammations péri-utérines, etc. Il en est une autre, assurément plus rare qui, par plusieurs points, se rattache aux phlegmons profonds de la paroi abdominale antérieure, et dont la réalité me paraît démontrée par l'observation suivante : je veux parler de l'inflammation aiguë, primitive et spontanée du tissu cellulaire péri-vésical.

M. X..., étudiant en pharmacie, âgé de 25 ans, est d'une constitution très-vigoureuse, d'une excellente santé habituelle, et ne se rappelle pas avoir jamais été malade. Le 23 mai 1877, à la suite d'un repas copieux et prolongé, mais qui ne fut suivi ni d'ivresse, ni de rixe, ni de chute, ni de violence quelconque sur la région abdominale, M. X... eut une indigestion pendant la nuit; les symptômes d'un embarras gastrique persistèrent les jours suivants : malaise général, courbature, anorexie, un peu de constipation. Un éméto-cathartique n'amena aucun soulagement.

Le 28 mai, le malade, qui ne s'était qu'incomplétement alité, commença à ressentir à l'hypogastre une douleur vive que la marche rendait insupportable; la fièvre s'alluma, la température atteignit le soir plus de 39° C.; des nausées et quelques vomissements apparurent en même temps. Le malade éprouvait une sensation de pesanteur et de plénitude dans la région rectale, et une certaine difficulté à aller à la selle que de légers purgatifs ne soulagèrent nullement. Le besoin d'uriner était fréquent, et l'expulsion de l'urine difficile et douloureuse; l'urine, cependant, resta toujours claire et limpide.

Le 3 juin, la fièvre est intense; la soif ardente; la douleur abdominale, devenue plus vive, s'accompagne d'anxiété, de nausées et de vomissements bilieux; le sphincter anal, paralysé, laisse involontairement échapper des matières diarrhéiques; le ténesme vésical persiste; le besoin d'uriner n'est jamais satisfait, le malade est convaincu qu'il ne peut vider sa vessie. Le cathétérisme, pratiqué par un étudiant en médecine, ami du malade, n'amena qu'une quan-

FEUILLETON

CAUSERIES

Qu'il me soit permis d'évoquer encore un souvenir de Barth. Je l'exhume, ce souvenir, de ce journal même. Le samedi 13 août 1870, un mois à peine avant l'investissement de Paris, l'Union Médicale publiait ce qui suit :

« Appel patriotique : Mères, femmes, filles, sœurs, parentes ou amies de tout ce qui peut porter un fusil et courir à la défense de la patrie, entendez l'appel pressant fait à votre cœur!

« C'est pour nos pauvres blessés qu'on invoque votre pitié toujours si efficace quand ses accents partent de vos bouches persuasives.

« Dans vos foyers, autour de vous, parmi vos relations, organisez la souscription patriotique en faveur des blessés.

« Que la famille médicale donne ce grand exemple : les hommes à l'armée, aux ambulances et dans les hôpitaux; les femmes, les filles, au foyer, sollicitant et recueillant les offrandes.

« Vite! vite! donnez-nous l'exemple, femmes, filles dévouées et compatissantes! Vous aurez peut-être un chapeau de moins, une robe un peu moins belle; mais que vous serez belles, parées de votre patriotisme!

« Et vous, ô mes confrères, vous surtout qui le pouvez dans une large mesure, écoutez ce que nous dit l'un de nous les plus aimés, les plus dignes de notre estime et de nos respects, lisez cette lettre que nous fait l'honneur de nous adresser un homme d'honneur et de cœur :

tité insignifiante d'urine. Comme il existait en même temps une tuméfaction et une distension notable de la région sus-pubienne, on pensa que la sonde n'avait pas pénétré dans la vessie, et on se décida, le 4 au matin, à conduire le malade à l'hôpital Necker, à la consultation de M. le professeur Félix Guyon. Le transport en voiture fut extrêmement pénible, les moindres cahots exaspéraient les douleurs abdominales et les vomissements, et le trajet, cependant assez court, ne put se faire en moins d'une heure. M. Guyon constata, au-dessus du pubis, une tuméfaction simulant une vessie distendue; mais une sonde, introduite dans la vessie, ne donna issue qu'à quelques gouttes d'urine; ce signe pathognomonique et un examen rapide suffirent à l'habile chirurgien pour diagnostiquer un phlegmon du petit bassin. Le malade fut rapporté chez lui sur un brancard, avec recommandation de garder l'immobilité la plus absolue, et de faire une application permanente de glace sur la région hypogastrique.

Le lendemain, 5 mai, mon savant ami me priait de venir voir avec lui le malade, et nous constations l'état suivant :

Les forces et l'embonpoint sont parfaitement conservés, la physionomie est ouverte, et rien ne rappelle le masque grippé de la péritonite. L'immobilité, le relâchement des muscles abdominaux par la flexion des cuisses, l'application d'une vessie de glace ont fait diminuer la fièvre, les vomissements et la douleur abdominale; le pouls est à 92, la température à 38,5 environ.

La palpation superficielle de la région hypogastrique est assez bien supportée, mais une pression un peu forte réveille une douleur sourde, mal limitée, s'accompagnant d'angoisse et de nausées. Dans une étendue de 7 à 8 centimètres au-dessus du pubis, la paroi abdominale dessine une légère tuméfaction dépassant la ligne blanche, à droite, de 3 à 4 centimètres, mais se prolongeant à gauche à 10 centimètres au delà de cette ligne. La main perçoit dans toute la région hypogastrique, mais surtout à gauche, une tumeur ovoïde mal limitée, un empâtement diffus qui semble faire corps avec la paroi. La peau, en ce point, a sa coloration normale; il n'y a ni fluctuation profonde ni œdème superficiel; immédiatement au-dessus du pubis, la matité est complète; à mesure qu'on s'élève, la percussion profonde fait reparaître la sonorité. Le ténesme vésical a diminué, le malade urine librement, et il a rendu, il y a peu de temps, une quantité moyenne d'une urine limpide, non albumineuse, sans dépôt muqueux ni sanguinolent.

La diarrhée persiste, et les matières s'échappent involontairement, malgré l'intégrité absolue des fonctions intellectuelles. Le toucher rectal, rendu très-facile par le relâchement du sphincter, permet de constater le volume normal de la prostate; en arrière de celle-ci, on sent une tumeur très-tendue, lisse, arrondie, correspondant à la face inférieure et latérale de la vessie, se déplaçant très-difficilement, mais transmettant à l'autre main, appliquée sur l'hypogastre, les ébranlements qu'on lui imprime. Cette tumeur remplit le fond du petit bassin, et la pression avec le doigt ne réveille qu'une douleur sourde dans le bas-ventre.

Il n'existe actuellement et il n'y a jamais eu ni uréthrite, ni orchite, ni sensibilité du cor-

---

« *A Monsieur le docteur* Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

« Mon cher confrère,

« Pendant que nos braves soldats donnent, pour l'honneur et le salut de la France, leur sang et leur vie; lorsqu'un certain nombre de nos compatriotes subissent déjà les angoisses et la ruine qui suivent l'invasion, faisons un chaleureux appel à tous nos confrères. Ne devons-nous pas être les premiers, nous médecins, pour soulager les blessures de nos concitoyens? Que ceux qui ne contribuent pas à la défense du sol ou au soulagement des maux de la guerre, personnellement ou par leurs enfants, payent au moins de leur bourse; que les favorisés de la fortune, et surtout ceux qui puisent directement ou indirectement dans le budget de la France, fassent un effort de patriotisme et de charité confraternelle. *Sursum corda!*

« Je veux donner l'exemple : Après un premier versement de 1,000 francs, plus quelques dons partiels, je vous remets la somme de 300 francs pour la Caisse de secours, avec l'engagement de verser 100 francs par mois pendant toute la durée de la guerre. Je serais heureux d'être vaincu dans cette lutte. Que ceux du moins qui voudront m'imiter, reçoivent l'expression de toute mon estime.

« Votre dévoué. Barth. »

« Ce que ne dit pas M. Barth, je veux l'ajouter. C'est que son fils aîné, qui n'a pas 17 ans, il l'a conduit au bureau des enrôlements volontaires; que cet engagement, on l'a refusé par défaut d'âge réglementaire; ce qu'entendant, M. Barth a proposé de faire remplacer son fils à prix d'argent, condition non prévue par les règlements et qui n'a pu être acceptée.

« Ce que ne dit pas encore M. Barth, c'est que hier, en passant devant les fortifications, il

don; la fosse iliaque droite est souple, non douloureuse; les téguments de l'abdomen ne présentent aucune trace de contusion ni de traumatisme.

Nous prescrivons 12 sangsues à l'hypogastre, l'immobilité dans le relâchement, la diète.

Le lendemain, 6 juin, je trouve le malade soulagé; l'émission sanguine a calmé la douleur et fait cesser les vomissements; la fièvre est presque nulle le matin; la température vespérale ne dépasse pas 38°,5. L'anorexie est complète; encore quelques nausées; émission facile et volontaire de l'urine; persistance de la diarrhée et de l'incontinence fécale, qui cessent seulement le 9.

Le 8, la tension hypogastrique a notablement diminué; on limite cependant très-bien une sorte de gâteau phlegmoneux peu éloigné de la paroi, et auquel le doigt, introduit dans le rectum, transmet les mouvements imprimés à la tumeur pelvienne; cette dernière ne paraît pas avoir diminué de volume.

Je prescris des lavements frais, et un vésicatoire au-dessus du pubis; pour éviter toute chance de cystite, le vésicatoire, séparé de la peau par un papier huilé, sera levé au bout de six heures, et remplacé par un cataplasme.

L'amélioration continue progressivement les jours suivants; le sphincter de l'anus a repris, le 9, toute sa tonicité; les selles sont volontaires et normales; la miction est naturelle et facile.

Le 11, la tumeur hypogastrique ne dépasse le bord supérieur du pubis que de 5 centimètres, à gauche de la ligne médiane; à droite, l'abdomen est souple. Le toucher rectal, pratiqué chaque jour, fait constater une réduction progressive du volume de la tumeur prévésicale; elle est actuellement limitée au côté gauche de la vessie, plus facilement mobile; ses limites sont diffuses, et elle donne plutôt la sensation d'un empâtement que celle d'une tumeur dure et tendue. Les selles et l'urine, examinées chaque jour avec attention par des étudiants instruits et très-intelligents, n'ont jamais présenté la moindre trace de pus ni de sanie.

Le 12, je prie M. Guyon de venir constater cette amélioration rapide, et de s'assurer s'il n'existe aucun point suspect de fluctuation : la résolution lui paraît suivre une marche franche et régulière, l'état général est excellent, la fièvre est nulle, l'appétit commence à être vif; le pronostic est décidément favorable.

Le 19, j'autorise le malade à quitter son lit pour la première fois, et à passer quelques heures assis dans un fauteuil; cette première séance détermine quelques coliques qui ne se reproduisent pas.

Enfin, le 2 juillet, je procède à un dernier examen : par le toucher rectal, je ne trouve plus aucune tuméfaction, aucune induration appréciable au voisinage de la vessie; la guérison peut être considérée comme définitive; elle s'est confirmée.

En résumé, au cours d'une santé parfaite, sans cause appréciable, après quelques troubles digestifs légers, apparition brusque de fièvre, avec douleur abdominale, vomissements, et développement d'une tumeur sus-pubienne simulant une vessie distendue, mais que ne modifie en rien le cathétérisme; le toucher rectal révèle également l'existence d'une tumeur volumi-

---

a fait arrêter sa voiture, a mis habit bas, a pris une pioche et a travaillé aux travaux de défense de Paris.

« C'est que M. Barth est un fils de la Lorraine, de cette partie du sol français en ce moment foulé par l'ennemi, et son cœur en bondit d'indignation, — A. L. »

Hélas! pauvre Lorrain, il a eu, nous avons eu tous de bien plus cruelles douleurs à subir..... Mais écartons, sans jeter sur eux le voile de l'oubli, ces tristes et poignants souvenirs, et quoique les temps présents ne poussent pas à une gaieté folle, revenons à l'actualité, qui est la raison d'être majeure de ces humbles causeries.

Mes pressentiments ne m'avaient pas trompé. Le Corps médical de Bordeaux tout entier s'est rencontré aux funérailles de M. Gintrac. Cet éminent confrère avait interdit tout discours sur sa tombe. Mais la Presse médicale de Bordeaux lui a rendu un solennel hommage; M. le docteur Vergely surtout, dans le *Bordeaux médical*, a publié une notice très-pieusement et très-heureusement inspirée.

Rappelons que le premier volume du *Cours théorique et pratique de pathologie interne et de thérapie médicale* fut publié en 1853, il y a vingt-quatre ans. Il est dédié « A mes anciens condisciples : MM. Chomel, Cruveilhier, Rayer, » tous morts avant l'auteur. Les premières lignes de cette dédicace offrent quelque chose d'historique; on me saura gré de les reproduire ici :

« Chers et savants confrères,

« Lorsque nous étions assis, il y a quarante ans, sur les bancs de la Faculté; lorsque s'offraient à notre émulation les travaux et les palmes de l'École pratique, nous avions pour guide principal, dans l'étude des maladies, la *Nosographie philosophique* de Pinel. Notre vénérable

neuse située à la face inférieure et postérieure de la vessie, et qui disparaît par résolution au bout d'un mois, en même temps que la tuméfaction hypogastrique.

Cette observation rappelle par beaucoup de traits la description des phlegmons profonds de la paroi abdominale, telle qu'elle a été donnée par notre collègue M. Bernutz, dans les *Archives* de 1850 et dans le Nouveau Dictionnaire de médecine, et à laquelle M. Félix Guyon a consacré un article très-complet dans le premier volume du Dictionnaire encyclopédique (*Abdomen*). Dans le cas qui précède, le phlegmon avait plus particulièrement envahi le tissu cellulaire qui entoure la vessie ; mais les dispositions anatomiques permettent de comprendre avec quelle facilité les inflammations des parois de l'abdomen peuvent se propager au tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, *et vice versâ*. Notre collègue M. Constantin Paul a fait connaître en 1862, dans un mémoire important (*Études anatomiques nouvelles sur la région hypogastrique; déductions pathologiques*, par le docteur C. Paul, *Bulletin* de la Société anatomique, 1862, t. VII, p. 318-330), la description donnée par Retzius de ce que ce dernier a désigné sous le nom de *cavité prépéritonéale*.

Sans vouloir entrer ici dans des détails anatomiques intempestifs, rappelons que, d'après l'anatomiste de Stockholm, le feuillet postérieur de la gaîne du grand droit paraît se terminer en s'amincissant à ce point qu'on désigne sous le nom d'*arcades de Douglas*, et que là il abandonne le quart inférieur du muscle, lequel n'est plus tapissé que par un mince fascia (*fascia transversalis*), représentant sans doute la contribution de l'aponévrose du muscle transverse à cette gaîne postérieure. D'après Retzius, le feuillet postérieur, au niveau de l'arcade de Douglas, se réfléchit en arrière sous forme de pli, passe au-dessus et en arrière de la vessie, et va s'insérer au-dessous de celle-ci sur le plancher aponévrotique du petit bassin, en particulier à l'aponévrose péritonéo-prostatique. La vessie, la face postérieure du pubis et l'extrémité inférieure des muscles droits sont donc situés tout à fait en dehors et en avant du péritoine, enveloppées d'un tissu cellulaire commun dont les inflammations ont peu de tendance à envahir la cavité péritonéale. En somme, la description de Retzius ne diffère de la description classique que par deux points principaux : d'après lui, le péritoine, entre ses deux culs-de-sac, est doublé par un fascia membraneux, distinct du fascia propria, et qui se continue en haut avec le bord libre de l'arcade Douglas; la vessie est, en quelque sorte, logée entre le prolongement de

---

professeur s'efforçait de répandre parmi nous le goût de la médecine antique, d'éclairer la pathologie du flambeau de l'analyse, de tracer une peinture fidèle et concise des divers états morbides; mais Pinel négligeait les détails.

« Excellent pour l'initiation, il devenait insuffisant pour une connaissance plus approfondie, et surtout pour la direction pratique. Je sentis dès lors la nécessité de sortir du cercle étroit des études scolastiques, etc. » N'est-ce pas que ces quelques lignes font image?

Puisque je suis en province, j'y reste, et je signale avec plaisir une très-belle lettre adressée à M. l'inspecteur général Chauffard par M. Diday, par l'intermédiaire du *Lyon médical*. Notre aimable confrère Diday plaide avec éloquence la cause des concours d'agrégation provinciaux, ou plutôt il récrimine énergiquement contre les décrets ou arrêtés qui ont fixé à Paris le siége des concours d'agrégation pour toutes les Facultés de médecine.

Je voudrais pouvoir reproduire ce plaidoyer ou plutôt ce réquisitoire pavé d'arguments, qui méritent, à mon sens, la plus sérieuse attention. Eh bien, chose étrange! désespérant d'avoir convaincu M. Chauffard, M. Diday lui propose lui-même une transaction. M. Chauffard aura-t-il la cruauté de la refuser? Je ne peux le croire, et si la publicité de l'UNION MÉDICALE peut venir en aide à la demande de notre confrère lyonnais, qu'il me permette de la lui offrir.

Voici donc la péroraison de ce discours :

« Tout ce qui précède me semble inattaquble. Je n'y vois pas, du moins, et l'on n'y voit pas, autour de moi, d'objection possible. Et cependant je vais vous étonner, Monsieur l'inspecteur général, c'est moi, en l'état, avant même de connaître votre réponse, c'est moi qui viens vous proposer une *transaction*,

Douté-je, pour cela, de la bonté de ma cause? Non certes. Mais, que voulez-vous, Monsieur,

la gaîne postérieure des muscles droits et le tissu même de ces muscles dans leur quart inférieur; elle est ainsi mobile dans un tissu cellulaire lamelleux, qui est en continuité complète avec celui de la gaîne musculaire, d'une part; d'autre part, avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin.

La marche des inflammations et du pus confirme dans beaucoup de cas cette description, dont le scalpel ne réussit pas toujours à démontrer l'exactitude. Velpeau avait déjà, en 1837 (*Anatomie chirurgicale*, t. II, p. 17), signalé le passage d'un abcès de la gaîne du muscle droit dans le tissu cellulaire de la vessie, et, par contre, il avait vu un abcès sous-péritonéal du bassin se faire jour à l'hypogastre. Les observations II et IV du mémoire de M. Constantin Paul, la VII[e] du mémoire de M. Bernutz, démontrent également la facilité de cette migration.

Malheureusement, dans presque tous les cas relatés sous le titre de phlegmons profonds de la paroi abdominale, l'exploration par le toucher rectal a fait défaut, ou tout au moins n'est pas mentionnée; aussi, lorsqu'on voit signalé l'écoulement d'une énorme quantité de pus par l'anus, par le cul-de-sac vaginal, par le trou obturateur, etc., chez des malades qui avaient présenté une tumeur profonde des parois de l'abdomen, on peut se demander s'il s'est toujours agi d'un plegmon des parois ayant fusé vers le petit bassin, ou bien si le foyer primitif n'a pas été quelquefois un phlegmon avoisinant le rectum ou la vessie, et ayant fusé jusqu'à la paroi abdominale, comme dans le cas de Velpeau cité tout à l'heure. C'est également ce qui paraît avoir eu lieu chez le malade observé par M. C. Paul à l'hôpital Necker, et chez lequel la tumeur perçue par le toucher rectal disparut aussitôt après l'ouverture de l'abcès au niveau de la ligne blanche, à plus de 5 centimètres audessus du pubis (*loc. cit.*, p. 328). La tumeur hypogastrique ne parut que trois semaines au moins après l'apparition d'un état typhoïde mal déterminé.

Je me demande donc si je dois considérer l'affection que j'ai eue sous les yeux comme un phlegmon profond de la paroi inférieure avec propagation vers l'espace périvésical, ou s'il ne s'agit pas plutôt d'une inflammation directe et primitive de la loge celluleuse de la vessie. En adoptant cette dernière opinion, on a l'avantage de rapprocher les cas analogues de tous les autres phlegmons sous-péritonéaux du petit bassin et même du bassin : pérityphlite simple, phlegmon iliaque, abcès au voisinage de l'utérus, des ovaires, du rectum, etc. Quand l'affection est, comme ici, primitive, idiopathique, spontanée dans le sens usuel du mot, il importe peu, après tout, de décider si le point de départ du mal a été la partie inférieure de la

---

la vérité et la justice, de nos jours, subissent tant d'ajournements, tant d'entorses, que là où jadis l'on obtenait, *de plano*, la consécration de son droit, on est bien obligé de se résigner à un maigre *modus vivendi*. Donc, tout sexagénaire étant forcément opportuniste, voici, tout en maintenant intégralement le bien fondé de ma requête, voici, pour le cas où vous ne vous rendriez pas à nos vœux, les conclusions subsidiaires que je pose :

1° *Tenez-vous surtout à ce que le jury contienne en majorité des éléments parisiens?* — Eh bien! alors faites voyager ces membres de Faculté en Faculté, comme le font les examinateurs pour l'admission aux Écoles polytechnique, de Saint-Cyr. Ces messieurs se dérangent volontiers, tous les ans, et pour faire huit ou dix étapes. En vue d'un même intérêt et dans les mêmes conditions, nos éminents collègues, qui touchent à l'âge de la retraite, refuseraient-ils de visiter, tous les trois ans, les quatre grands centres où siégent les Facultés provinciales, centres où les attend, — vous pouvez le leur dire, l'accueil le plus empressé, la déférence la plus flatteuse?

Mais pour que la chose fût praticable, me direz-vous sans doute, il faudrait que la durée du concours fût limitée. D'accord, et cette remarque m'amène à ma deuxième conclusion.

2° *Tenez-vous surtout à ce que les concours aient lieu à Paris?* — Eh bien, soit. Mais alors rendez le déplacement possible aux candidats provinciaux. Et, pour cela, réduisez la durée du concours à deux ou trois semaines. Nos grands concours lyonnais du majorat, avec sept ou huit compétiteurs, se font aisément en cinq jours, et ils se font fort bien. Cette célérité qui, dans le jury comme dans l'auditoire, laisse les impressions toutes chaudes, nous apparaît même comme une précieuse garantie donnée aux juges contre un oubli involontaire, aux candidats contre une sentence injuste. Aussi jamais, chez nous, jamais de ces récriminations

paroi ou le petit bassin lui-même. La communauté anatomique des parties profondes, démontrée par Retzius, relègue au second plan la distinction purement topographique, et il est tout au moins aussi difficile d'expliquer pourquoi le tissu cellulaire de la face postérieure du muscle droit s'enflamme, que d'expliquer le développement d'un phlegmon au voisinage de la vessie.

Commme le fait parfaitement remarquer mon savant collègue et ami M. le professeur J. Arnoud, de Lille, dans un important travail que publie en ce moment même la *Gazette médicale* (J. Arnould, « Remarques sur les phlegmons sous-péritonéaux », *Gazette médicale de Paris*, 6 et 13 octobre 1877), le tissu cellulaire du petit bassin est contenu dans des loges incomplètes, dont les faibles cloisons résultent uniquement du rapprochement, sans fusion, du péritoine et des viscères.

C'est ce qui permet de comprendre que, dans certains cas, le pus, en s'accumulant, rompe ces loges, inonde les parties profondes du petit bassin au-dessous du péritoine, et prenne issue par les voies les plus diverses, parfois les plus singulières : trou obturateur, échancrure sciatique, canal crural et même canal inguinal. (Dr Reliquet, communication orale.)

Chez notre malade, le phlegmon *hypograstrique* s'est terminé par résolution assez rapide, en trente jours environ. A ne consulter que les observations publiées, ce mode de terminaison est rare. Toutefois, M. F. Guyon, qui a eu l'occasion d'observer cinq cas de cette affection, nous a dit avoir vu cet heureux résultat chez un malade qu'il alla sonder en province parce qu'on ne pouvait expliquer la persistance, après le cathétérisme, d'une tumeur sus-pubienne qui avait été prise pour la vessie distendue. Je trouve également cette terminaison par résolution lente chez l'un des malades de M. J. Arnould ; il s'agissait précisément d'un cas de phlegmon vésical probablement idiopathique, et presque identique à celui dont nous venons de donner l'histoire. La terminaison par résolution n'est pas d'ailleurs un fait rare dans d'autres inflammations du tissu cellulaire sous-péritonéal, et elle ne doit pas surprendre ici plus que dans les cas de pérityphlite, de phlegmons, de ligaments larges survenus en dehors de la puerpéralité et des états infectieux de l'économie.

La cause ici est très-obscure; il n'y a eu ni traumatisme, ni efforts violents des muscles abdominaux, ni accidents vénériens, ni excès sexuels; il n'y a pas eu de cystite interne, de catarrhe vésical; il est difficile de dire quel rôle ont joué les troubles digestifs légers qui ont précédé l'apparition d'accidents aigus; ont-ils été

---

et réclamations scandaleuses, triste succession qu'ouvre presque fatalement, *ailleurs*, chaque fin de concours.

« Mais la thèse? » me dira-t-on; car cette suprême épreuve, la seule qui distingue les concours pour l'agrégation de nos concours du majorat, la thèse ne demande pas, à elle seule, moins de quinze jours pour être rédigée et imprimée.

La réponse est toute simple. Un mois avant l'ouverture du concours, distribuez leurs sujets de thèse à tous les concurrents inscrits.

Ils emploieront ce mois à la rédiger. Puis, ceux-là seuls auxquels les épreuves éliminatoires auront réussi, la feront imprimer (ce qui se peut faire en quatre jours). Quant aux autres concurrents : eh bien, il n'y aura eu qu'un peu d'huile et d'encre de perdues, et ce n'est point là une plaie mortelle.

Je vous demande respectueusement, Monsieur l'inspecteur général, de vouloir bien accorder quelques moments d'attention à cette lettre ainsi qu'à celle de mon estimé et judicieux collègue, M. le docteur Clément. Nous attendons avec confiance, et nous n'attendons pas seuls, que vous daigniez nous faire connaître, soit directement, soit par la voie de la presse, le résultat des réflexions auxquelles un tel sujet ne peut manquer de donner lieu chez celui qui a qualité autant que mission pour préparer la solution des questions vitales que soulève en ce moment de toutes parts le perfectionnement de l'enseignement médical.

Veuillez agréer, etc. P. DIDAY. »

A Paris, rien de nouveau. La dernière élection académique a donné le fauteuil de Dolbeau à M. Panas, chirurgien très-distingué et fort digne d'entrer dans la célèbre Compagnie. M. Baillarger va remplacer, au fauteuil de la présidence, M. Bouley, qui n'a ni à se sou-

cause, ou première manifestation de la maladie locale? L'inflammation a donc été spontanée et primitive, et ce mode de développement est signalé, en effet, comme étant de beaucoup le plus fréquent. N'en est-il pas de même pour une autre affection que l'on peut, à plusieurs points de vue, rapprocher de ces phlegmons hypogastriques? La pérityphlite, dont la fréquence chez les jeunes soldats mérite d'être signalée, se développe souvent au cours d'une excellente santé, sans cause appréciable, en l'absence de constipation et de tout amas stercoral dans le cæcum. On a invoqué parfois comme cause de pérityphlite une distension exagérée et passagère du renflement cæcal; nous n'oserions admettre parallèlement que la rétention prolongée de l'urine et la distension de la vessie puissent suffire, dans certains cas, à faire naître une inflammation au voisinage de cet organe.

En résumé, le fait précédent semble prouver qu'il y a des inflammations périvésicales spontanées, primitives, comme il s'en fait autour du rectum, de l'utérus, du cœur. Ces inflammations ont des rapports assez étroits avec les phlegmons profonds de la paroi abdominale, et l'on peut les réunir, avec un certain nombre de ces derniers, sous le nom de *phlegmons hypogastriques*. Les phlegmons périvésicaux, dont les deux caractères principaux sont : 1° la persistance, au-dessus du pubis, d'une tumeur simulant une vessie distendue; et 2° la présence d'une tumeur dens le cul-de-sac postérieur, ces phlegmons peuvent se terminer par simple résolution, sans issue au dehors d'un produit de suppuration.

THÉRAPEUTIQUE

UN NOUVEAU RÉVULSIF;

Par M. le docteur Ed. COUTURIER.

Parmi les médicaments usuels, il en est peu qui rendent autant de services que les révulsifs. Les sinapismes sont d'un emploi journalier, et les vésicatoires volants, quoique réservés à des cas plus graves, ont des indications tout aussi nombreuses.

Mais il est bien des circonstances où l'action fugace du sinapisme ne suffit pas et où l'on recule devant l'emploi du vésicatoire. On n'a alors d'autres ressources que les frictions avec le tartre stibié ou l'huile de croton, et les applications de thapsia. Mais ces moyens présentent des inconvénients tellement sérieux qu'on hésite bien souvent à les conseiller.

Le tartre stibié produit une éruption qui guérit lentement et laisse des traces indélébiles; aussi y a-t-on généralement renoncé aujourd'hui.

---

mettre ni à se démettre, mais tout simplement à obéir à la constitution académique. On a vu, par la presque unanimité des suffrages, combien le choix de M. Richet pour la vice-présidence avait été bien inspiré. Heureux homme, qui n'a que des amis à l'Académie!

Dr SIMPLICE.

P. S. — Mlle Jacob, sage-femme, dont j'ai inséré samedi dernier des fragments étendus de sa communication, trouve que mes ciseaux ont un peu trop mordu sur sa prose. Elle aurait voulu surtout que j'eusse fait précéder la citation de la *Henriade* des motifs qui la justifiaient, c'est-à-dire l'espérance donnée aux malheureuses femmes atteintes de graves maladies des ovaires et de l'utérus, qu'elles peuvent trouver guérison par les mains habiles de l'opérateur.

Mais sa principale réclamation est relative à l'épisode de la serviette. Mlle Jacob répudie la responsabilité de ce récit, parce que, dit-elle, elle m'a verbalement expliqué comment les choses se sont passées, et que je lui ai promis de rectifier les faits moi-même. « Il ne faut jamais dire à une femme qu'elle ment », a dit Pascal; mais, sans la blesser et sans manquer de galanterie, on peut lui dire qu'elle se trompe. Mlle Jacob est trop jeune pour manquer de mémoire, mais elle a certainement mal entendu ou mal compris mes réflexions sur l'épisode de la serviette, que je n'ai reproduit d'ailleurs que sur son texte pur et sans interpolation.

NÉCROLOGIE. — Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. le docteur Pierre Berthier, médecin résident de l'hospice de Bicêtre, inspecteur-adjoint du service des aliénés de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 20 décembre 1877, en son domicile, à Bicêtre, à l'âge de 47 ans.

L'huile de croton et le thapsia occasionnent des démangeaisons intolérables, durant très-longtemps, et auxquelles il est impossible de se soustraire. Ils donnent lieu en outre fort souvent à un gonflement douloureux et à une éruption générale, et leur action est lente à se produire. Si l'on y a recours encore, c'est donc faute de mieux. Je n'ai rien dit de la poix de Bourgogne, parce que ses effets sont à peu près nuls.

Ce qu'il faudrait, pour remplir le but, c'est un agent dont l'action fût à la fois rapide et prolongée, et qui provoquât une vive révulsion, sans occasionner de douleurs ni de démangeaisons.

Cet agent existe-t-il? Il n'existait pas hier, ou du moins ses propriétés étaient à peine soupçonnées, et il n'était pas employé; mais il le sera certainement dans l'avenir. Cet agent, c'est le *piment* ou plutôt l'extrait de piment que vient de faire connaître M. Lardy. Il réunit, en effet, au plus haut degré les diverses conditions que nous venons d'énumérer. Il agit avec une grande rapidité, dix à trente minutes, selon le point d'application et la délicatesse de la peau. Son action se manifeste, dès le début, par de la chaleur, une cuisson légère et de la rougeur. Ces phénomènes vont en augmentant pendant trois heures environ, puis ils restent stationnaires, et l'action révulsive se continue ainsi autant qu'on le désire. Cependant, après vingt à vingt-quatre heures, chez les grandes personnes; huit à dix heures, chez les enfants, il vaut mieux enlever l'emplâtre, sauf à en mettre un autre à côté, si l'on veut continuer la révulsion.

La chaleur et la cuisson, développées par l'extrait de piment, ne sont nullement douloureuses et n'empêchent point de vaquer à ses occupations. Il ne se produit pas la moindre démangeaison, et l'action reste toujours localisée. On ne peut mieux la comparer qu'à celle d'un sinapisme qui, arrivé à la moitié de sa puissance, se maintiendrait ainsi vingt-quatre heures.

On voit, par ce rapide exposé, tout le parti qu'on peut tirer du nouveau révulsif, dans les cas où une dérivation rapide et prolongée est nécessaire : les inflammations aiguës ou chroniques des bronches et de la gorge, les congestions de divers organes, les douleurs rhumatoïdes ou névralgiques, etc.

L'extrait de piment a une belle couleur rouge, identique à celle du fruit desséché. Convenablement incorporé à une masse emplastique, et étendu sur des carrés de papier, à la façon des sinapismes en feuilles, son application est des plus faciles. Il ne faut pas le chauffer, car il adhère suffisamment à la peau; mais il est bon, sur les parties sujettes à mouvements, de le fixer avec un bandage tout comme un vésicatoire. On augmente, d'ailleurs, ou l'on modère son action, selon la pression qu'on exerce, ce qui est une qualité de plus. Et quand on l'enlève, si on veut faire cesser immédiatement la chaleur et la cuisson, il suffit d'appliquer un peu d'amidon.

La seule précaution que je doive recommander, c'est d'éviter de porter aux yeux, aux lèvres, aux narines, les doigts qui auraient touché l'extrait de piment, car on éprouverait de suite une vive cuisson. Avec l'huile de croton ou le thapsia, c'est d'ailleurs bien autre chose, car, en cas pareil, on n'échappe pas à l'éruption et aux démangeaisons qui l'accompagnent; souvent même il survient un érysipèle artificiel, et cela d'autant mieux que, l'avertissement étant tardif, on est exposé à porter plusieurs fois les doigts au visage avant de se douter du danger.

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer l'extrait de piment, je l'ai employé sur moi, et j'ai été frappé des avantages qu'on peut en retirer.

C'est ce qui m'a suggéré cet article, persuadé que tous ceux qui feront usage de ce nouveau révulsif en seront aussi satisfaits que je l'ai été moi-même.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 17 décembre 1877. — Présidence de M. Péligot.

M. Tisserand, de l'observatoire de Toulouse, adresse à l'Académie une nouvelle théorie de l'anneau de Saturne.

M. le secrétaire perpétuel offre en hommage, au nom de M. le docteur Lunier, un volume sur la production et la consommation des liquides alcooliques en France. L'auteur a étudié les proportions relatives d'alcool et de vin consommées dans chaque province, et a mis en relief le rapport des crimes, de la folie, des morts accidentelles et des suicides, avec ces proportions mêmes. C'est dans les départements du Nord que l'usage de l'alcool est le plus répandu, et c'est dans les départements du Midi qu'on boit le plus de vin. Or, les crimes, les

folies, etc., que l'on doit considérer comme les conséquences de l'alcoolisme, se rencontrent dans le Nord et point du tout dans le Midi. Une carte de France, teintée de façon à rendre évidente la relation de l'alcoolisme avec la criminalité, est jointe au volume, et en forme pour ainsi dire la conclusion saisissante.

M. Dumas dépose sur le bureau un volume de M. Rambosson, édité avec luxe par la maison Didot. Il est intitulé : *Les harmonies du son et l'histoire des instruments de musique.*

M. Jamin met sous les yeux de l'Académie un prisme de Nicol construit par M. Laurent, successeur de M. Soleil. Les prismes de Nicol, fabriqués avec les grands cristaux de spath d'Islande, coûtent des sommes énormes. M. Jamin en cite un, long de 22 centimètres, qui a été payé 10,000 francs. M. Laurent prend de très-petits cristaux dont le prix est insignifiant; il polit avec soin les surfaces de clivage (le spath se clive avec une extrême facilité). Puis il colle entre elles ces surfaces, et il arrive ainsi à reconstituer un prisme d'assez grandes dimensions, dont le prix est modique. M. Jamin estime que M. Laurent a rendu un véritable service à la science en mettant à la portée de tous un instrument aussi précieux.

M. Gervais offre à l'Académie, de la part de M. Albert Gaudry, un volume intitulé : *Les enchaînements du monde animal.* Quand on étudie les divers étages de la stratification géologique, on est frappé de ce fait que chaque couche du sol est caractérisée par une faune particulière, d'autant plus élevée dans l'échelle zoologique que les formations sont moins anciennes. Faut-il admettre que ces faunes différentes représentent autant de créations successives, autant de générations spontanées; ou bien, au contraire, qu'elles s'enchaînent les unes aux autres et se continuent sans interruption, quoiqu'on n'ait pas retrouvé, jusqu'à présent, tous les anneaux de la chaîne? C'est cette dernière hypothèse que rendent plus que probable les travaux et les découvertes consignés dans le livre de M. Gaudry, lequel est une atteinte grave à la doctrine de l'immutabilité de l'espèce. Or, ce n'est pas un des phénomènes les moins curieux de l'histoire, je ne dirai pas de la science, mais des savants, que les partisans de l'immutabilité de l'espèce soient en même temps les adversaires déclarés des générations spontanées. Il faudrait pourtant choisir.

M. de Quatrefages présente le dernier ouvrage de M. Luys sur le cerveau.

M. Vulpian, au nom de MM. Bochefontaine et Bourceret, dépose sur le bureau un travail relatif à la sensibilité du péricarde à l'état normal et à l'état pathologique. Il résulte des expériences fort délicates faites par ces messieurs sur des animaux curarisés, et chez lesquels on pratiquait la respiration artificielle, que le péricarde est sensible par lui-même, à l'état inflammatoire, et même à l'état physiologique. La sensibilité paraît résider dans l'intérieur de la membrane plus qu'à sa surface intérieure.

— L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant dans la section de minéralogie, en remplacement de M. Omalius d'Halloy.

Sur 53 votants, M. Cailletet obtient 34 suffrages et M. James Hall 19.

En conséquence, M. Cailletet est élu.

M. Boutigny appelle l'attention de l'Académie sur un passage de Varron, d'après lequel, en l'année 1831 avant J.-C., on aurait vu « la planète Vénus changer de diamètre, de couleur, de figure et de cours ».

M. le Secrétaire perpétuel a prié le savant bibliothécaire de l'Institut, M. Ludovic Lalanne, de faire quelques recherches au sujet de cette assertion singulière de l'auteur latin. Il résulte de ces recherches que le passage de Varron, dont il s'agit, nous a été conservé par saint Augustin dans le 21e livre de la *Cité de Dieu.* Suivant ce passage, c'est dans l'historien Castor, du IIe siècle avant l'ère chrétienne, qu'est rapporté le phénomène en question, au sujet duquel on peut lire un mémoire du savant Fréret dans le tome X, p. 357, des *Mémoires* de l'ancienne Académie des inscriptions et belles-lettres.

M. Oré demande l'ouverture d'un pli cacheté, déposé par lui le 25 novembre, et relatif à un procédé pour la conservation du cerveau avec sa forme, son volume et sa couleur.

Ce pli, ouvert en séance par M. le Secrétaire perpétuel, contient la note suivante :

« Immédiatement après avoir ouvert le crâne, j'enlève toutes les membranes, de manière à mettre complétement à nu les circonvolutions et les anfractuosités. Je plonge alors le cerveau, avec le cervelet, dans un vase contenant de l'alcool pur à 90 degrés; tous les quatre ou cinq jours, je renouvelle l'alcool en totalité, pendant quinze jours.

« Après ce temps, j'enveloppe le cerveau avec des linges fins trempés dans de l'alcool, puis je l'entoure avec des bandes de caoutchouc, et je le place dans une étuve chauffée à 45 ou 50 degrés; je laisse le cerveau ainsi entouré dans l'étuve pendant *seize heures environ,* puis je l'enlève et le dépouille des enveloppes de caoutchouc et de linge.

« Je passe alors des couches successives de vernis au caoutchouc, de manière que tous les points de l'encéphale soient touchés plusieurs fois, et je laisse sécher.

« C'est par ce procédé que j'ai pu arriver à conserver le cerveau que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie des sciences.

« *Cerveau préparé par la galvanoplastie.* — J'ai émis l'idée d'appliquer la galvanoplastie à la conservation du cerveau. L'épreuve que je soumets à l'Académie montrera jusqu'à quel point j'ai réussi.

« Mais les divers procédés de galvanoplastie que j'ai employés ne me permettent pas encore de fixer un procédé définitif. Je me contente de dire que je crois être le premier qui ait obtenu ce résultat. »

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret. — M. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 octobre 1877. — Présidence de M. Mercier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend dés journaux et écrits périodiques.

M. de Beauvais donne lecture de la première partie d'un mémoire *sur une épidémie de scorbut à Mazas.* (Sera publié.)

M. Delasiauve demande à M. de Beauvais si la prison de Mazas réunit tous les caractères d'hygiène et de salubrité nécessaires. Il rappelle à ce sujet qu'à son arrivée à la Salpêtrière, il y avait de nombreux cas de scorbut, et que ces cas ont disparu depuis les réformes hygiéniques apportées aux bâtiments.

M. de Beauvais répond que les conditions d'hygiène n'ont pas varié à Mazas depuis la construction de la prison, et qu'il faut nécessairement attribuer à une cause épidémique les cas de scorbut observés.

M. Duroziez voudrait savoir s'il y a eu, dans tous les cas observés, des lésions des gencives, et si l'état de la bouche n'a pas d'influence sur l'apparition des accidents des gencives. Sur la réponse négative de M. de Beauvais, il ajoute que M. Fauvel n'admet, comme cas de scorbut véritable, que ceux qui se présentent avec des lésions des gencives.

M. Gillette, à propos d'un fait cité par M. de Beauvais, dit avoir remarqué que la scrofule n'est pas une cause de prédisposition au scorbut, et n'augmente pas sa gravité. Quant à l'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque préconisé contre les collections sanguines par M. de Beauvais, M. Gillette l'approuve complétement, attendu qu'il en a retiré lui-même de bons résultats dans le traitement des épanchements sanguins traumatiques, des hygromas subaigus, et des épanchements articulaires, séreux ou sanguins. Il emploie la formule suivante : hydrochlorate d'ammoniaque, 20; eau, 1000 grammes.

M. de Beauvais, répondant à une question de M. Duroziez, déclare qu'il ne croit pas devoir considérer la phthisie comme prédisposant aux atteintes scorbutiques. Il a toujours rencontré, à un haut degré, le symptôme douleur, surtout dans les membres inférieurs.

M. Lemoisne cite, à cette occasion, un travail récent, publié par le docteur Rochefort, sur une épidémie de scorbut observée à bord des navires *Alert* et *Discovery*, dans le voyage de découverte fait au pôle Nord, sous le commandement du capitaine Wares. Dans les conclusions de ce travail, on voit que le manque de jus de citron, à bord de l'un des deux navires, a été la cause probable de l'intensité plus grande de l'épidémie à bord de ce navire, qui a eu, sur le même effectif, un nombre double de scorbutiques. Les causes générales ont été l'humidité, la fatigue et le manque de nourriture substantielle.

M. de Beauvais répond que, dans toutes les prisons, le jus de citron est interdit à cause de l'encre sympathique qu'il peut fournir, et que ce n'est pas encore à cela qu'il faut attribuer l'épidémie.

M. de Ranse demande à M. de Beauvais si les malades chez lesquels il a observé le scorbut en ville n'étaient pas sortis récemment de prison?

M. de Beauvais a constaté du scorbut chez une jeune fille et chez un enfant, en ville, en même temps que, à Mazas, il y avait une épidémie; d'où il conclut à l'existence de cas sporadiques en ville, et à l'existence d'une épidémie dans la prison.

M. Polaillon communique la relation de trois opérations d'ovariotomie, qu'il a pratiquées avec succès. (Sera publiée prochainement.)

M. Forget demande à M. Polaillon dans quel état il a trouvé l'abdomen lors de l'opération, et s'il a procédé complétement à la toilette de la cavité après l'opération.

M. POLAILLON répond qu'il a fait, bien entendu, la toilette nécessaire, mais sans exécuter pourtant le pansement de Lister. Il a toutefois veillé, suivant l'usage, à ce que les instruments, non moins que les mains des aides, fussent préalablement lavés avec le plus grand soin, et purifiés, si l'on peut ainsi dire, à l'aide d'une solution phéniquée.

M. FORGET désirerait savoir le temps que chacune des trois opérations a duré.

M. POLAILLON : La première, dans laquelle le péritoine n'est pas resté à l'air plus de dix minutes, a duré en tout une demi-heure. Dans la seconde, qui a duré trois quarts d'heure, le péritoine est resté exposé à l'air une demi-heure ; et de même pour la troisième.

M. BLONDEAU, revenant sur la question de la toilette du péritoine, croit que le contact du sang n'est peut-être pas plus offensif pour cette séreuse que pour les plèvres, à l'égard desquelles son innocuité est démontrée.

M. FORGET, faisant remarquer que les succès que compte l'ovariotomie sont aujourd'hui de plus en plus nombreux, voudrait que les opérateurs qui, comme M. Polaillon et M. Gillette, en ont rapporté de nouveaux devant la Société, posassent bien nettement l'indication des cas où il est bon de s'abstenir, et s'expliquassent aussi sur les contre-indications qui peuvent naître de la nature probable du liquide, dont il semble qu'ils ne tiennent pas grand compte.

M. POLAILLON répond, sur ce dernier point, que, dans les trois cas pour lesquels il est intervenu, la nature multiloculaire de la tumeur kystique avait été reconnue d'avance. Mais, du reste, on sait qu'il est d'usage, en Angleterre, de pratiquer l'ovariotomie pour les diverses espèces de kystes ovariques indifféremment.

M. Polaillon ajoute qu'il a, antérieurement, opéré un volumineux kyste de l'ovaire, kyste uniloculaire, qu'il a traité par la ponction et l'injection iodée. La malade a guéri, mais en conservant une tumeur, grosse comme le poing, sur le sort de laquelle il est impossible de porter un pronostic certain, et qui dans tous les cas peut fort bien dégénérer.

M. GILLETTE : L'opinion de M. Blondeau me semble conforme à la vérité. Dans une discussion qui a eu lieu l'année dernière, à la Société de chirurgie, et qui a suivi la lecture faite par M. Terrier d'une observation d'ovariotomie, j'ai soutenu cette opinion qu'on doit certainement faire la *toilette* du péritoine le plus complétement possible, mais qu'il ne faut pas exagérer le danger du séjour, parfois forcé, d'une petite quantité de sang dans la séreuse. Le principal est, à l'exemple de Spencer-Wels, de terminer l'opération le plus rapidement possible.

M. DE RANSE demande à M. Polaillon si les adhérences molles dont il a parlé ne sont pas imputables à l'influence de la ponction qui avait été pratiquée quelques jours avant l'ovariotomie.

M. POLAILLON répond affirmativement, et il ajoute que, d'une manière générale, toutes les fois que, pour se renseigner, on a jugé bon de faire une ponction préalable, il est avantageux de pratiquer l'ovariotomie très-peu de temps après, pendant que les adhérencee sont vraisemblablement molles encore.

M. DE BEAUVAIS cite un cas dans lequel la ponction ayant été pratiquée sur un kyste ovarique uniloculaire, il s'échappa, vers la fin de l'opération, un jet de sang, dont l'issue causa un certain effroi à l'opérateur, et pourtant aucun événement fâcheux ne se produisit à la suite.

M. DUROZIEZ voudrait savoir de ceux d'entre ses collègues qui s'occupent d'ovariotomie, si l'éventration consécutive à l'opération est ou non un accident fréquent, et comment il convient de parer aux inconvénients qui pourraient en résulter.

M. GILLEBERT D'HERCOURT père, revenant sur l'observation présentée par M. Blondeau, rappelle que Petit fils, dans son *Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen*, a depuis longtemps démontré l'innocuité possible de la pénétration du sang dans l'abdomen.

M. MERCIER se souvient d'avoir vu pratiquer, il y a quelques années, par Demarquay, une ovariotomie, dans le cours de laquelle ce chirurgien, malgré son sang-froid habituel, s'étant évidemment senti mal à l'aise, avait été pris d'une sueur abondante, dont les gouttes nombreuses étaient évidemment tombées dans la cavité abdominale. M. Boinet, qui était présent, avait dû terminer l'opération, et la femme a succombé. M. Mercier déclare avoir éprouvé d'avance, et conservé depuis, quelque inquiétude sur le rôle fâcheux que les gouttes de sueur ainsi tombées avaient pu jouer dans la détermination de cette issue funeste.

M. POLAILLON, répondant à la question de M. Duroziez, affirme que, dans les cas appartenant à sa pratique personnelle, il n'a pas vu se produire l'éventration. Quant au fait signalé par M. Mercier, il prouve une fois de plus que, si favorable que paraisse devoir être l'issue

de l'opération, il ne faut jamais l'entreprendre sans le concours efficace d'un aide qui puisse au besoin la terminer.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, D[r] O. Larcher.

FORMULAIRE

Lotions contre le prurit vulvaire. — Gill.

Nitrate d'alumine. . . . . 1 gr. 50 centigr.
Eau distillée. . . . . 125 grammes.

Faites dissoudre. — Cette solution est employée, en lotions, contre le prurit de la vulve observé pendant la grossesse. On s'en sert également en injections vaginales. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 22 Décembre 1743.

Laurent Ferret, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, et professeur de chirurgie en langue française, prononce aux Écoles un discours sur ce sujet : *Des moyens de former de parfaits chirurgiens.*

J'y relève ce passage : « Surtout que la démangeaison d'écrire ne vous prenne pas trop tôt. Ce ne sont pas des plumes qui conviennent à vos doigts pendant votre jeunesse, ce sont des scalpels, des bistouris, des ciseaux; c'est par vos œuvres et non par vos ouvrages que vous devez vous rendre recommandables et utiles à la République... » — A. Ch.

COURRIER

Médecin inspecteur. — Par décret du Président de la République, en date du 20 décembre 1877, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, M. Fropo (Auguste-Joseph), médecin principal de 1[re] classe à l'hôpital militaire de Versailles, a été promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. Marmy, admis dans la section de réserve.

École supérieure de pharmacie de Paris. — Plusieurs prix fondés à l'École supérieure de pharmacie de Paris doivent être mis au concours, pour la première fois, dans l'année scolaire 1877-1878, savoir :

Prix Henri Buignet, annuels : 1[er] prix 600 fr.; 2[e] prix 400 fr.

Prix Laroze, annuel : 500 fr.

Le prix Gobley, biennal de 2,000 fr., sera délivré en 1878-1879.

Conditions des concours :

Prix Buignet. — Les deux prix sont fondés en faveur des élèves ayant suivi les travaux de physique : Épreuve complémentaire, composition écrite de physique.

Prix Laroze. — Sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'analyse qualitative et quantitative.

Prix Gobley. — Fondé en faveur du meilleur travail, soit sur un sujet proposé par l'École, soit sur un sujet quelconque se rattachant aux sciences pharmaceutiques.

Le sujet du prix Ménier, pour l'année présente, est le suivant : Les insectes qui produisent la cire.

— La Société de chirurgie a, dans sa dernière séance, renouvelé son bureau, pour l'année 1878, de la manière suivante :

M. Félix Guyon a été nommé président; — M. Tarnier, vice-président; — M. Horteloup, premier secrétaire; — M. Lannelongue, deuxième secrétaire.

MM. Terrier et Nicaise ont été continués dans leurs fonctions d'archiviste pour le premier, de trésorier pour le second.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris (3, rue de l'Abbaye) a ainsi constitué son bureau pour l'année 1878 :

M. Bourdon, président; — MM. Billout et Verjon, vice-présidents; — M. Leudet, secrétaire général; — MM. Boucomont et Philbert, secrétaires des séances.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

Stagnation

Il n'y a pas que les affaires industrielles et commerciales qui soient en souffrance; nos affaires médicales ne vont guère mieux. On dirait que la fée qui endormit la Belle au bois dormant a touché de sa baguette somnifère et nos institutions et les hommes qui les dirigent. Quand viendra donc le prince Charmant, qui réveillera nos hommes et nos institutions?

Voyons, où en est, par exemple, l'affaire des cours complémentaires à notre Faculté parisienne? Le décret et les arrêtés instituant ces cours et nommant leur personnel enseignant, doivent-ils être exécutés? Et, s'ils doivent l'être, pourquoi ne le sont-ils pas déjà? Et, s'ils ne doivent pas l'être, pourquoi ne sont-ils pas déjà abrogés et remplacés par d'autres?

Nous ne savons en vérité à qui imputer la responsabilité de cette inaction et de ce retard. Est-ce à la Faculté? Est-ce à l'administration supérieure?

Quant à la Faculté, il est concevable qu'elle ne mette pas un grand empressement à installer des professeurs pour la nomination desquels elle n'a pas été consultée, et dont quelques-uns même ne remplissent pas les conditions qu'elle croit nécessaires. De plus, il est possible qu'elle n'éprouve pas un grand désir de consacrer par ses sollicitations cette dichotomie bizarre dans l'enseignement de la syphilis, dont un seul trait de plume administratif ne peut pas détruire l'admirable unité, l'évolution presque mathématique, le processus pour ainsi dire fatal, œuvre d'observation et d'expérimentation, œuvre de trente ans de notre Ricord.

Quant à l'administration actuelle, il est aussi aisé de penser qu'elle se tiendra sur la réserve relativement à des actes de l'administration qui l'a précédée, actes qui ont été l'objet des protestations de la Faculté.

Cependant, il faut arriver à une solution. La Faculté de médecine de Paris ne peut pas rester, sous le rapport de l'enseignement complémentaire, au-dessous des Facultés provinciales, et même de certaines Écoles préparatoires où cet enseignement fonctionne, au grand profit des élèves.

Ajoutons qu'il est cruel de laisser ainsi dans l'incertitude et en suspens les honorables et méritants confrères qui ont été nommés à ces chaires complémentaires. Nous demandons pour eux l'urgence d'une décision : qu'on les installe ou qu'on les révoque.

FEUILLETON

LA TÊTE DE BICHAT

devant la Société anthropologique; et les localisations cérébrales (1).

Spurzheim avait alors 55 ans; c'était un homme de haute taille, d'une figure austère et réservée; en l'examinant avec attention et dès les premières paroles qui sortaient de sa bouche, on était frappé de l'intelligence qui illuminait ses traits et de la profondeur de son regard. Arrivé à Paris depuis peu de jours, et ayant lu mon introduction, sur laquelle il se réservait de me présenter plus tard quelques observations, il avait voulu me voir et m'annoncer le cours qu'il allait ouvrir prochainement, rue de la Michodière. Je m'empressai de faire acte d'adhésion à ce cours qui, sans annonces, sans affiches, réunit une trentaine d'auditeurs et que suivirent avec une religieuse exactitude deux hommes remarquables à divers titres, devenus plus tard, l'un le propogateur ardent, l'autre le plus redoutable adversaire de la phrénologie; le premier, c'était le grand Broussais, le second était Leuret. Broussais ne pouvait contenir son admiration en écoutant Spurzheim, et, la leçon terminée, il la faisait suivre de commentaires et signalait sur les plâtres, sur les crânes les organes dont Spurzheim avait tracé l'histoire. Ses observations étaient vives, ingénieuses, passionnées. Sous la capote d'un simple soldat, avec son pantalon garance, Leuret attirait tous les regards de l'assemblée; il arrivait à pied de Saint-Denis, où son régiment était en garnison; il ne connaissait personne

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 18 et 20 décembre.

A ce sujet, qu'on nous permette de dire qu'il serait digne du ministre éclairé et libéral qui préside aujourd'hui aux destinées de l'instruction publique, de reprendre l'idée de l'institution dans notre Faculté, non plus de chaires complémentaires, mais de chaires magistrales consacrées à l'enseignement de certaines spécialités.

Il n'y aurait à craindre aujourd'hui, c'est infiniment probable, ni refus, ni même opposition de la part de la Faculté. Elle a subi, sur ce point, la pression légitime de l'opinion, et le passé ne pourrait plus se renouveler.

Cela nous conduit naturellement à demander aussi où en est la question de l'enseignement des maladies mentales, dont le professeur est nommé et institué, mais dont le cours n'est encore qu'en puissance. Le professeur Ball est-il condamné à subir le sort du professeur Deneux qui, nommé et institué professeur de clinique d'accouchements, ne put jamais parvenir à trouver une salle d'hôpital et à faire une seule leçon? Comme Deneux, M. Ball ne touchera-t-il jamais la terre promise? Espérons pour lui un meilleur sort; espérons que, dans les trois grands asiles que l'Assistance publique possède à Paris, consacrés à l'aliénation mentale, on trouvera les salles et l'aménagement nécessaires à un enseignement voté par une loi.

Autre question : Où en est l'affaire de la construction d'un édifice pour l'Académie de médecine? Si nos souvenirs sont fidèles, il nous semble qu'avant le 16 mai on ne s'en occupait plus guère; mais, pendant le règne du 16 mai, nous savons bien qu'on ne s'en est pas occupé du tout.

Plus heureuse que l'Académie, l'École supérieure de pharmacie voit s'élever rapidement les bâtiments qui lui sont destinés. Serait-ce que cette École aurait le bonheur d'avoir à sa tête un directeur actif et zélé qui sait presser et pousser les choses par lui-même, ne s'en rapportant pas aux promesses décevantes des ministres, et sachant stimuler les lenteurs proverbiales des bureaux?

Nous adressons donc ce souhait sincère de fin d'année à nos institutions et aux hommes qui les dirigent : ardeur, vigilance et travail; la stagnation actuelle est déplorable. A. L.

---

et ne prononçait jamais une parole; mais avec quelle attention intelligente et profonde il écoutait, il observait! Leuret a porté les plus rudes atteintes aux localisations cérébrales des phrénologistes; travailleur infatigable, esprit original et profond, à quelles destinées ne serait-il pas arrivé sans l'inexorable mort qui le frappa d'abord dans son esprit, et puis dans un corps miné par les privations, le travail et les ardeurs de la lutte.

Il n'entre pas dans mon intention de présenter ici une analyse, un aperçu même des leçons très-intéressantes, très-instructives de ces deux hommes célèbres. Je le répète, il n'est pas question ici de phrénologie. Témoin de tant de faits contradictoires, il me serait difficile de résumer en peu de mots le bilan de mes doutes et de mes croyances. Enfin, il ne tarda point à s'élever dans mon esprit des objections sérieuses contre certains points de doctrine, et surtout contre les applications pratiques qu'osaient formuler avec assurance les partisans aveugles de la phrénologie. Mais j'anticipe sur l'ordre de mon récit.

Vers la fin de son cours, Spurzheim, qui, pour des raisons que j'ignore, n'avait point voulu paraître à la Société phrénologique, me proposa, ce que j'acceptai, de fonder une Société anthropologique dont nous rédigeâmes les statuts; en voici le chapitre premier : *La Société a pour but de connaître la nature de l'homme, de propager cette connaissance et d'indiquer les applications salutaires qui peuvent en être faites aux institutions sociales.* Le chapitre second était ainsi conçu : *Ses guides sont l'observation et l'induction. Elle n'admet de propositions que celles qui sont fondées sur des faits positifs, et s'abstient strictement de discuter sur des matières placées hors du domaine de l'observation.* Que ne pouvait-on attendre d'une Société fondée sur de telles bases et un si beau programme? Attirées par le nom de Spurzheim, un grand nombre de personnes demandèrent à en faire partie. Les premières furent : le docteur Roberton; le comte Em. de Las Cases, député; David (d'Angers), le célèbre sculpteur; de

Les Concours de l'Agrégation

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons de publier:

Paris, 23 décembre 1877.

Mon très-cher collègue,

Vous me connaissez assez attentif à toutes les opinions sincères et sérieuses, animé du seul désir de servir les intérêts supérieurs de l'enseignement médical, pour que vous pensiez que j'aie accueilli, comme elles méritaient de l'être, c'est-à-dire avec déférence et une vraie sympathie, les lettres remarquables de nos confrères les docteurs Diday et Clément.

Ces lettres semblent me supposer plus de pouvoir que je n'en ai et ne désire en avoir. Ce n'est pas moi qui ai décidé la concentration à Paris de tous les concours d'agrégation; ce n'est pas moi qui puis annuler cette mesure. Seulement, je m'autoriserai des observations de MM. Diday et Clément, pour réclamer, au sein des conseils de l'Université, un nouvel examen de cette décision si vivement combattue.

La Faculté de Lyon n'existait pas lorsque l'on a décidé que les concours d'agrégation, pour toutes les Facultés de médecine, auraient lieu à Paris. La création de la Faculté de Lyon, et les intérêts particuliers au nom desquels elle intervient, doivent-ils modifier le jugement porté il y a quelques années? Je ne saurais le dire; je puis seulement appeler sur ce point toute l'attention, toute la sollicitude de l'administration supérieure. Cette question est, d'ailleurs, chargée de difficultés. Au-dessus de tous les intérêts locaux, il faut faire planer les intérêts généraux de l'enseignement, et se garder de sacrifier ceux-ci à des considérations qui, toutes respectables qu'elles sont, demeurent cependant secondaires en regard des grands intérêts scientifiques dont l'agrégation doit être l'expression vivace et le ferme représentant.

Mais, dès maintenant et pour le concours prochain, il y a une chose à faire: c'est d'abréger la durée du concours de l'agrégation, sans toutefois en amoindrir les épreuves; de façon à rendre moins onéreux aux candidats de province le séjour à Paris, auquel ils sont condamnés. C'est l'un des vœux exprimés par M. Diday, et j'espère qu'il sera possible, dans une certaine mesure, de lui donner satisfaction.

Je ne puis, en ce moment, m'étendre davantage sur ce sujet. Toutes les questions relatives à l'agrégation sont des questions vitales pour l'avenir de nos Facultés; tout ce qui la relèvera, assurera l'élévation même de l'enseignement médical. Il n'est donc pas de point qui doive être plus attentivement examiné que celui du concours même d'où sort l'agrégation, et qui fait sa valeur. Telle est ma pensée, à laquelle je joins, mon bien cher collègue, l'expression de mes plus affectueux sentiments. CHAUFFARD.

Potter, l'ancien président de la République belge; le comte de Lasteyrie; le docteur David Richard; Williams Edwards, membre de l'Institut, et le pivot en quelque sorte de la Société, dont les savantes communications, non moins que celles de Spurzheim, donnaient un vif intérêt aux séances. Spurzheim fut élu président de la Société; on m'en nomma secrétaire.

La Société anthropologique n'était, en réalité, qu'une Société phrénologique, et, sans le moindre doute, elle aurait acquis une certaine importance si Spurzheim fût resté au milieu de nous. Mais jugeant qu'elle était assez fortement constituée pour vivre sans lui, et appelé avec de vives instances aux Etats-Unis, il s'embarqua au Havre le 20 juin 1832. On apprit qu'à son arrivée à New-York, il avait reçu, de la part des médecins, un accueil enthousiaste. D'une nature très-ardente, malgré les apparences contraires, Spurzheim déploya la plus grande activité; il fonda des Sociétés dans plusieurs villes, et se livra à l'enseignement jusqu'à professer six fois par semaine. Dans les premiers jours de novembre, excédé de fatigue, il fut saisi par un froid humide, eut de vifs frissons. La plus vulgaire prudence lui conseillait le repos; il s'y refusa, mais on put remarquer, dans ses deux dernières leçons, que ses idées n'avaient aucune suite. Terrassé par la fièvre, il conserva cependant assez de présence d'esprit pour refuser obstinément de se laisser traiter par les médecins anglais et américains, ne voulant entendre parler d'aucun autre remède que des lavements. Il mourut à Boston, le 10 novembre 1832, âgé de 56 ans.

La mort de Spurzheim, dans la plénitude de ses forces et de son intelligence, devint, après celle de Gall, le signal de la décadence de la phrénologie. Elle ne put être arrêtée, ni par le grand ouvrage de Vimont, ni par celui de Georges Combe, ni par les innombrables Sociétés phrénologiques anglaises et américaines, ni par l'appui que lui prêtèrent en France, Broussais et W. Edouards, tous deux membres de l'Académie des sciences morales et politiques; en

CLIMATOLOGIE MÉDICALE

CLIMATS PROPRES AUX RHUMATISANTS (1).

I

Le rhumatisme est dans tous les pays. Le rhumatisme sous toutes les formes, depuis celle de la névralgie ou de la névrose jusqu'à celle du rhumatisme articulaire, se trouve dans toutes les régions; on peut dire de lui qu'il est ubiquitaire. En cela, comme en d'autres points, il diffère de la goutte qui a un centre d'irradiation, l'Angleterre, et qui manque absolument dans d'autres pays. L'Angleterre a un caractère de climat et des coutumes alimentaires qui peuvent servir à donner quelque explication sur la prédilection qu'a l'affection goutteuse pour ce pays; pour l'affection rhumatismale, il n'en est rien. Les pays qui diffèrent le plus entre eux, à quelques exceptions près qui ont été signalées, ont des exemples plus ou moins nombreux du rhumatisme et des états pathologiques qui s'y rattachent. Mühry (2) dit dans son livre peu de mots sur le rhumatisme dans ses rapports avec les climats; il exprime cette généralité banale : Là où le rhumatisme est plus rare dans les chaudes régions, là se trouve le fondement de la rareté de la goutte qui est rare comme le rhumatisme, à cause de l'action des hautes températures sur la peau.

Malgré l'importance des travaux qui ont été publiés sur la climatologie depuis moins de quarante ans, elle n'a pas dit avec le détail exigé maintenant, et à l'aide de statistiques, quelles sont les conditions de climat qui déterminent le rhumatisme et ses diverses expressions pathologiques sur les populations. On ne l'a pas dit, parce que d'abord on ne peut pas tout dire; mais cette science n'est pas restée muette pour cela en ce qui concerne des questions de premier ordre de la pathologie; elle n'est pas restée muette en ce qui concerne plus spécialement la phthisie pulmonaire. Comment peut-on se croire autorisé, d'après cela, à écrire (3) que la plupart des assertions émises sur l'influence des climats dans le développement du rhuma-

(1) Cet article est la reproduction d'un chapitre d'un livre d'hygiène sur la *goutte* et le *rhumatisme* du docteur Réveillé-Parise, dont le docteur Éd. Carrière publie une nouvelle édition.

(2) Mühry, *ouvrage cité.*

(3) Ernest Besnier, article : RHUMATISME.

Angleterre, le célèbre Elliotson qui, attaqué de toutes parts et faisant face à tous ses adversaires, consacra son immense fortune à fonder un hôpital mesmérien, un Institut phrénologique, et un journal à la fois mesmérien et phrénologique sous le titre de ; *Zoïsté.* Attaquée violemment par des adversaires passionnés, tantôt avec la science, tantôt par le sarcasme, tantôt enfin par le dédain du silence, elle ne cessa de déchoir, et, aujourd'hui, reléguée au rang du système physiognomonique de Lavater, elle n'est plus qu'une curiosité de salon, un art de dire la bonne aventure sous une livrée scientifique.

Gall et Spurzheim, ai-je dit, étaient doués d'un tact merveilleux, d'une sorte d'esprit de divination pour juger les hommes. Un jour, cependant, le diagnostic de Spurzheim se trouva en défaut. Dans une visite qu'il me fit, je l'invitai à examiner la tête d'une femme malade, arrivant de Rouen pour me consulter. Cette personne, M[lle] des M..., alors âgée de 31 ans, n'avait été remarquée dans sa très-honorable famille que par sa bonne conduite et une dévotion très-grande, lorsque, cinq ans auparavant, étant dans une église, elle eut une vision et entendit en elle une voix qui lui conseillait un sacrilége. Les jours suivants, elle ressentit des élancements dans le cœur, eut plusieurs syncopes et fut prise d'accès de fièvre suivis de sueurs froides. Elle eut beau repousser la pensée du sacrilége, elle eut beau être traitée par divers médecins, et, notamment, cinq mois entiers dans l'asile dirigé par M. Foville, jamais la voix ne cessa de se faire entendre et de lui suggérer qu'elle deviendrait la mère de Dieu. En un mot, nous avions sous les yeux un exemple d'aliénation, avec hallucination et forme hystérique. Spurzheim, ignorant ces détails et plusieurs circonstances que je supprime, examina la tête de M[lle] des M..., et j'écrivis sous sa dictée le diagnostic suivant : « Organisation animale, sans bienveillance, sans vénération, sans justice, sans merveilleux, très-peu d'idéalité; la base énorme, le cervelet très-développé, destructivité, accès de colère. »

tisme articulaire étaient erronées ou sans fondement, et cela parce que, pour première raison, la climatologie médicale était à l'état le plus rudimentaire qui fût jamais. MM. Rochard et Le Roy de Méricourt auraient dit que le climat ne peut être pour le médecin le même que pour l'astronome, le botaniste ou le géologue. C'est vrai, et on ne saurait trop dire combien il est nécessaire de ne pas tomber dans l'excès de la météorologie. Si on a moins reçu de la climatologie médicale que ce qu'on en attendait, ce résultat vient de là. Il y a longtemps qu'on s'est efforcé de marquer à cette science une meilleure voie.

J'écrivais, il y a quelques années, les considérations suivantes, en préparant un programme à une science qui m'a toujours passionné (1) : « Le *météorologisme* en climatologie appliquée, est comme l'esprit dans les opérations de l'intelligence, il sert à tout, mais il ne suffit à rien. Les médecins climatologistes doivent ne pas oublier à quoi les oblige leur titre; l'avancement de la science qu'ils cultivent ne saurait dépendre du nombre ni même de la précision des éléments météorologiques obtenus par la multiplication des observations et l'emploi de plus en plus répandu des instruments à leur usage, mais du rang assigné à cet ordre de faits, en présence des phénomènes de la santé et de la maladie. Voilà la limite qu'il est indispensable de tracer. »

Ainsi, la climatologie eût été plus féconde si elle eût moins fait abus de la météorologie. Ce n'est pas une raison pour qu'elle s'embarrasse dans les chiffres de la statistique, méthode d'autant plus trompeuse qu'elle paraît conclure, tandis que réellement elle ne conclut pas. Il est à remarquer que les résultats acquis en climatologie médicale ont été moins le fruit de longues recherches et de laborieux calculs, que de quelques faits pesés avec intelligence. Morgagni aura toujours raison. Aujourd'hui, il ne s'agit pas plus qu'autrefois de compter les faits, quoique la mode en soit venue; avant tout, il s'agit de les peser.

Dans l'état des choses, la climatologie médicale a constaté l'*ubiquitarité* du rhumatisme. En quelque lieu qu'on observe, le rhumatisme se montre sous des formes variées, tantôt intense sous la forme de rhumatisme articulaire, tantôt prenant les formes modérées et le caractère chronique, se manifestant aussi par cet état effacé de l'affection rhumatismale qui se caractérise par des alternatives légèrement douloureuses, se produisant sur les viscères, sur le système nerveux et sur la peau. Il

(1) Dr Ed. Carrière, *Fondement et organisation de la climatologie médicale*, p. 57. Paris, J.-B. Baillière, 1869.

On conviendra qu'une telle indication était complétement défectueuse. Elle me rappelle un exemple non moins frappant rapporté dans le *Traité de phrénologie* de Georges Combe et que cet écrivain cite à l'appui de son bien-jugé, tandis que je le trouve entièrement contraire à la vérité. On en jugera : Dans le mois d'octobre 1835, M. Combe visita la prison de Newcastle-sur-Tyne, en compagnie de plusieurs personnages, dans le but de démontrer la réalité du fait qu'il avait souvent énoncé dans ses cours, qu'il y a une différence marquée entre le développement du cerveau des hommes vertueux et celui des hommes criminels. Il fut convenu que M. Combe écrirait ses remarques avant de les communiquer aux personnes présentes et que, de son côté, le docteur Fife, aide-chirurgien de la prison, donnerait par écrit le résumé de ce qu'il aurait appris sur les individus soumis à l'examen. Puis, on comparerait les deux résultats. M. Combe ayant palpé le crâne d'un homme de 73 ans, résuma ainsi son observation : « La région coronale est très-déprimée; *la vénération et la fermeté* sont un peu mieux développées; et tous les organes de cette partie sont en général très-faibles. La circonspection est étonnamment développée; l'organe de la combativité est considérable, et l'amativité est très-forte. Les autres organes des penchants n'ont pas un développement démesuré. L'intelligence est très-faible... Son crime doit se rapporter à l'union de l'amativité avec la combativité... » Le docteur Fife avait écrit de son côté : « Voleur, n'ayant aucun principe de probité; entêté, insolent, ingrat; insensible à tout bon procédé; en un mot, un des caractères les plus dépravés que j'aie jamais connus. » (T. II, p. 190.)

M. Combe, étant dans un pénitencier, savait qu'il n'y avait que des criminels. Il trouve une intelligence très-faible au prisonnier soumis à son examen, mais ne désigne aucun très-mauvais penchant. Il incline à croire que le crime dont cet homme s'est rendu coupable est un attentat à la pudeur avec violence. Il n'en était rien; on le signale comme voleur incor-

y a des régions cependant où il ne s'observe pas, mais ce n'est pas en Europe qu'on pourrait les signaler. Ces régions, qui présentent un avantage si difficile, si rare à trouver sur le sol européen, sont celles qui réunissent à un degré marqué de fixité dans une haute température, une constitution hygrométrique qui reste dans les minima. Mühry a exprimé cette opinion, en disant que le rhumatisme manque dans les régions chaudes, par la raison que la température s'y exerce sur la peau de manière à activer sa fonction.

Il y a de plus à observer que la maladie rhumatismale perd de son intensité et de ses effets douloureux à mesure qu'on avance vers les régions méridionates. Il y a moins de rhumatismes articulaires dans les pays voisins de la Méditerranée que dans ceux qui touchent à la mer du Nord. Même lorsqu'un rhumatisant se porte du nord vers le midi, l'impression qu'il éprouvera sous cette nouvelle influence climatologique, sera sédative au point de faire disparaître dans les rhumatismes modérés toute trace de douleurs. Il n'est pas besoin de chiffrer cet ordre de faits, de manière à le protéger par des statistiques. L'expérience en a éte faite, et il n'est pas possible d'en repousser la vérité.

Voici d'ailleurs des exemples à l'appui : « J'ai par-devers moi un fait, disais-je moi-même (1), qui montre l'influence sur un rhumatisant du passage d'un ciel froid et couvert de brouillards à un climat doté de qualités contraires. Un homme d'un certain âge partit de Paris où il avait subi, pendant quelques jours, l'impression d'un air glacial et humide, avec des douleurs si vives dans les muscles de la partie postérieure du tronc, qu'il ne pouvait se mouvoir sans éprouver de vives souffrances. Il partit et, durant la première journée de son voyage, la trépidation du wagon lui était intolérable. A Bordeaux la douleur s'amenda; pendant un court séjour dans une ville voisine de Toulouse et dont le climat est doux, l'amélioration fit des progrès; après une semaine d'établissement à Pau, tout reste du rhumatisme avait absolument disparu. » Je peux faire suivre cet exemple d'un autre qui n'est pas moins concluant. Une femme tourmentée par des accès fréquents et très-douloureux de rhumatisme noueux sous le climat de Paris, et ayant particulièrement souffert en 1870, émigra avant le rigoureux hiver qui allait suivre. C'est à Toulouse qu'elle alla se fixer. Cette ville méridionale ne fut pas exempte des rigueurs de l'hiver, le temps s'y comporta à peu près comme sur les autres points de la France. Malgré

(1) Dr Ed. Carrière, *Le Climat de Pau*, etc., etc., page 169. Paris, 1870.

---

rigible, le caractère le plus dépravé qu'on ait connu. M. Combe parle d'une certaine vénération, de quelque fermeté, d'une grande circonspection; s'il eût rencontré ce grand misérable dans un salon ou dans un temple, il l'eût pris pour un sage. Jamais phrénologiste ne commit une erreur aussi grossière, si ce n'est la suivante, qui fut partagée par une Société tout entière.

J'avais toujours été frappé de la désinvolture avec laquelle certains membres de la Société phrénologique et de la Société anthropologique, un homme célèbre étant donné, trouvaient sur son crâne les organes des mauvais penchants ou des bonnes qualités dont il était notoire qu'il avait donné l'exemple dans sa carrière. Je ne pouvais assez admirer la sagacité qui faisait discerner, à la forme des sourcils, à la saillie de la base du front, à la direction des yeux, un certain nombre d'organes tels que le sens des localités ou l'amour des voyages, la mémoire des formes, l'appréciation de l'étendue, de la pesanteur, de l'ordre, du calcul, de la musique, de la peinture, du langage. Broussais père, Vimont, Dumoutier et bien d'autres étaient très-experts dans ce genre de démonstration; Vimont trouvait vingt-neuf organes dans le cerveau d'une poule. Quelques-uns d'entre nous ne voyaient rien de pareil, et attribuaient leur peu de perspicacité à l'imperfection de leurs organes ou à leur myopie incurable.

J'étais flottant dans ces doutes, lorsque, faisant une visite au professeur Roux, notre grand chirurgien, j'aperçus un crâne entier sur son bureau. Je le saisis dans mes mains et lui demandai quelle était cette tête. « Vous êtes phrénologiste, me répondit Roux, dites-moi ce que vous en pensez. » Moitié riant, moitié sérieux, je signalai d'abord l'organe de la poésie. « Hé! hé! fit observer Roux, il y a là peut-être quelque chose de vrai; et puis? » Ce crâne, quoique très-extraordinaire, me parut développé dans la région frontale, ainsi que dans les régions temporo-pariétale et occipitale. Roux m'apprit alors que c'était le crâne de Bichat, et

ces conditions, les douleurs se calmèrent et les accès ne se renouvelèrent pas l'année suivante. Cette personne alla faire une saison à des eaux minérales du voisinage, qui sans doute contribuèrent pour une part à l'amélioration qui s'est soutenue depuis.

II

Kaemtz dit, dans son cours de météorologie, qu'en pleine mer, à toutes les latitudes, l'air paraît être à l'état de saturation; car, si on place sous un récipient de l'eau pure ou des solutions salines, l'air de ce récipient sera dans un temps suffisant complétement saturé (1). Les observations de la marine anglaise donnent un résultat conforme en ce qui concerne les maladies : le rhumatisme est fréquent à bord des vaisseaux, et garde sensiblement les mêmes proportions dans ses rapports avec les autres maladies, excepté dans les parages du cap de Bonne-Espérance. Ainsi, l'humidité présentant de très-faibles différences dans les diverses latitudes, le nombre des rhumatismes est représenté comme à peu près égal, quels que soient les lieux; d'autre part, l'élévation du chiffre proportionnel des rhumatisés prouve l'influence de l'humidité, comme ayant une action puissante sur le développement de la maladie. Cette influence est si visible, qu'il n'y a pas de médecin qui n'en soit frappé en observant les débuts de l'affection; il n'y a pas de médecin non plus, parmi ceux qui ont étudié les causes du rhumatisme, qui n'ait dénoncé l'humidité comme l'un de ses éléments principaux. Il ne s'agit pas de discuter une question litigieuse relativement aux origines de l'affection rhumatismale; la question est résolue par les faits si nombreux de l'expérience, qu'il n'y a plus à en recueillir; car rien ne changerait leur signification. Les malades eux-mêmes attribuent à l'humidité les débuts du rhumatisme avec une unanimité telle que, comme toute vérité démontrée, elle ne trouve pas de contradicteur.

La manière dont l'air froid et humide exerce son action sur l'organisme, donnera la mesure de son influence dans le développement du rhumatisme. Le froid, et surtout l'humidité froide, diminuent profondément l'exhalation cutanée. Une certaine compensation peut s'établir par les urines, qui deviennent plus abondantes; mais cette compensation ne suffit pas. De là, une augmentation de sérosité qui rend le

(1) Kaemtz, professeur à Halle, *Cours complet de météorologie*. Paris, 1843, p. 91.

---

entrant dans quelques détails de sa vie privée, il n'admit pas que l'amour physique, ainsi que je le prétendais, fût chez lui une passion dominante; mais l'opinion de Roux est contraire à celle de Buisson, qui attribuait la mort prématurée de ce grand homme à l'excès de travail, aux veilles prolongées, au séjour presque continuel dans les amphithéâtres et à l'abus des plaisirs. Les *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* prouvent que Bichat n'était pas dépourvu de génie poétique. Il est vrai que le style de l'*Anatomie générale* est très-négligé; mais on cesse d'être surpris, en songeant que cet immortel ouvrage fut composé en une année, que Bichat écrivait la nuit seulement et ne recopiait jamais ce qui devait être envoyé à l'impression, le matin.

Je priai le professeur Roux de me confier la tête de Bichat, ce qu'il fit de bonne amitié, et il arriva ce qui se produit souvent quand on emprunte : je la gardai pendant plusieurs années. Mais je n'imitai point le docteur Bailly, de Blois, qui, ayant emprunté le crâne de Cartouche à je ne sais quel établissement, le garda tout à fait, et rendit, m'assura-t-il, un autre crâne à peu près pareil, à la place. Ce qui justifie le conseil de Gall, disant : « *Défiez-vous des faiseurs de collections qui visitent la vôtre.* » J'avais rendu religieusement le crâne de notre grand physiologiste, avant le Congrès médical de 1845, en sorte que, sur la demande qui lui en fut faite, Roux restitua cette précieuse relique qui fut déposée solennellement dans le cercueil de Bichat.

(La fin au prochain numéro.) FOISSAC.

sang moins nutritif et qui affaiblit la force normale des viscères comme des organes; de là aussi un alanguissement des forces musculaires, qui n'accomplissent qu'avec difficulté les mouvements ou les efforts qui leur étaient si faciles sous d'autres états de l'air. C'est dans ces conditions de froid hygrométrique que naissent la plupart des rhumatismes et que se développent surtout les paroxysmes des rhumatismes chroniques. Le mal commence, sous l'impresion du froid humide, par des douleurs profondes, osseuses, qui vont d'une région à une autre, ou bien encore par des douleurs de surface, plus ou moins étendues, et désignées sous le nom de dermalgies.

Quand le paroxisme n'est pas violent, ou quand le rhumatisme qui se développe n'est pas très-aigu, il suffit souvent d'un amendement dans la température ou dans le degré d'hygrométrie, comme je l'ai déjà montré, pour faire cesser les douleurs, assez vives parfois pour s'opposer à l'usage d'un membre. Ces divers états de l'air impressionnent si vivement les rhumatisants, qu'ils peuvent annoncer d'avance les changements qui se préparent dans l'atmosphère, et que les instruments de physique sont impuissants à exprimer. Combien y en a-t-il qui disent qu'ils sont leur propre baromètre! Ils disent vrai, plus vrai qu'ils ne croient; car ce baromètre, qui est formé par leur propre organisme, est incomparablement plus sensible que l'instrument de ce nom. Il faut que le changement météorologique soit bien brusque ou bien insignifiant, pour que ces rhumatisants barométriques n'en prédisent pas la venue.

L'influence du froid humide doit être évitée, à tout prix, par les organismes de nature impressionnable. S'ils n'ont rien ressenti encore de la maladie sous l'une des formes aiguës ou simplement nerveuses qui la caractérisent, ils sont facilement susceptibles de la contracter. Dans de telles conditions, qui placent un individu dans une sorte d'imminence morbide, il importe de veiller avec soin à ne pas s'exposer à vivre dans un lieu dont l'état de l'air n'est pas dans la convenance des nécessités du tempérament ou de la constitution en quelque sorte pathologique. Un lieu n'est pas sous l'influence du froid humide seulement par l'état du sol, mais aussi par le caractère des vents qui le visitent. Si la prépondérance est moins aux vents froids et secs qu'aux vents humides, ceux-ci maintiendront l'atmosphère dans un état hygrométrique plus ou moins prononcé. Il y a des lieux aussi où les vents intermédiaires ont peu de fréquence : la parole, si on nous passe cette expression, la parole est aux vents du nord et à ceux du midi. Là, les transitions sont moins ménagées, et les différences qui se produisent dans les effets de ces vents sont plus redoutables. Elles amènent, ces transitions violentes, non des douleurs superficielles, vagues et passagères, mais des paroxysmes qu'il n'est pas toujours facile de calmer ou de maîtriser. *Terra autem consideranda*, comme l'enseignait Hyppocrate dans ses belles études d'hygiène, qui ont servi de fondement à la climatologie. Considérons le lieu où nous allons vivre ou nous établir passagèrement, afin de conjurer par nos sages précautions les dangers que nous serions exposés à y trouver.

Les auteurs romains qui ont écrit des traités sur l'agriculture, *De re rustica*, ont montré de quelle importance étaient les qualités des vents en matière d'hygiène. Non-seulement ils donnaient pour règle qu'une habitation doit être assise sur un sol sec et élevé, mais qu'elle doit être orientée suivant le caractère des vents, pour éviter les influences morbigènes; ils savaient que le vent d'ouest, vent océanien et qui devient vent méditerranéen pour les côtes occidentales de l'Italie, ils savaient que ce vent pouvait porter avec lui des occasions de maladies difficiles à conjurer dans certaines conditions météorologiques. C'est en pleine connaissance de cause qu'Horace a nommés vents de plomb les vents austraux, *plumbeus auster*, nom justifié par les effets qu'il produit sur l'homme. Or, il était prescrit, moins par la théorie qu'à la suite d'une longue expérience, de se soustraire aux influences hygrométriques, surtout quand elles s'accompagnent de froid. Un climat où la prépondérance appartiendrait aux vents de cette qualité, serait pernicieux aux rhumatisants, comme aux organismes disposés à le devenir. Le rhumatisant ne doit pas y vivre; s'il y évite l'aggravation de son état de maladie, ce n'est que par son recours cons-

tant aux pratiques de l'hygiène. Il ne pourrait pas les utiliser, même au point de ne pas ressentir, sous une forme ou sous une autre, les effets qu'il voudrait éviter. Le principal moyen d'hygiène, c'est le climat; c'est au moins le moyen fondamental hors duquel les autres ont une moindre efficacité, et, le plus fréquemment, une efficacité nulle. Donc, la loi de conduite d'un rhumatisant est d'exclure, comme *habitat* même passager, les climats humides, et surtout les climats humides et froids : il n'y a pas d'exception à admettre pour cette règle.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1877. — Présidence de M. Empis.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lecture du rapport sur les *maladies régnantes*, par M. Ernest Besnier. — Communication sur le *Bothriocéphale*, par M. Laboulbène. Discussion : MM. Potain, Guyot, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Laboulbène. — Communication de M. Vallin, sur un cas de *phlegmon périvésical*. Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Laveran, Vallin, Fernet.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite : Lettres de MM. Gouguenheim, Hallopeau et Debove, qui remercient la Société de les avoir nommés titulaires.

Correspondance imprimée : *Gazette médicale de Bordeaux*. — *Annales de gynécologie*. — *Archives de médecine navale*. — *Journal de thérapeutique* de M. Gubler. — *Revue médicale de Toulouse*.

M. Lacassagne présente à la Société le premier numéro des *Bulletins* de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

—

M. Ernest Besnier lit son rapport sur les *maladies régnantes* pour le troisième trimestre de l'année 1877. (Voyez Union Médicale, novembre 1877.)

—

M. Laboulbène place sous les yeux de la Société des fragments de *Bothriocéphale large*, ainsi que plusieurs de ces vers qu'il a fait rendre à un malade de son service à l'hôpital de la Charité. L'observation de cet homme sera publiée dans les Mémoires.

M. Laboulbène rappelle que ce *Bothriocéphale* est rare à Paris. L'exemple actuel lui a été fourni par un homme entré dans son service pour des accidents syphilitiques qui ont disparu par un traitement approprié. Peu de temps après, le malade fut pris de rhumatisme articulaire aigu, qui fut combattu par l'acide salicylique. L'infirmier de la salle prévint M. Laboulbène que cet homme avait rendu des anneaux allongés et aplatis d'un ver blanchâtre. Le malade étant de nationalité polonaise, M. Laboulbène pensa au *Bothriocéphale* ; il examina les fragments, constata des pores génitaux médians et s'assura qu'il s'agissait de ce ver rubané.

Depuis, cet homme rendit plusieurs fragments différents, comme forme, les uns des autres, ne s'adaptant point, quelques-uns fenêtrés. Le diagnostic n'était pas douteux, et l'existence de plusieurs de ces vers fut admise. De plus, les matières alvines examinées montrèrent constamment, dans un fragment gros comme un grain de blé, un grand nombre d'œufs de *Bothriocéphale*, à coque mince et parfaitement elliptiques.

Le malade prit du kamala et rendit quatre ou cinq *Bothriocéphales* très-caractérisés et enroulés en un peloton. Depuis, il n'y eut plus d'œufs dans les garde-robes.

M. Laboulbène insiste sur les caractères des fragments du ver rendus et qui ont permis de reconnaître l'existence de plusieurs *Bothriocéphales*. Les œufs ont été attentivement examinés à plusieurs reprises. Leur forme, leur épaisseur, leur opercule, ont été l'objet de recherches suivies.

Enfin, M. Laboulbène, après avoir exposé l'état actuel de la science sur les premiers états du *Bothriocéphale large*, dit qu'il a remis à M. le professeur Balbiani, au Collége de France, un grand nombre de fragments et d'œufs, pour arriver à connaître expérimentalement l'éclosion et le développement de ces œufs.

M. Laboulbène ne pense pas que l'œuf du *Bothriocéphale large*, déposé sur le sol ou sur des légumes verts, y trouve les conditions de développement.

M. Potain : Pour éclairer, s'il est possible, le mode de propagation du bothriocéphale, je

rappellerai un cas de transmission directe de l'homme à l'homme, que j'ai observé il y a quelques années. C'est celui d'une dame, qui n'a jamais voyagé en Suisse, mais qui vivait à la campagne avec un jeune Suisse atteint de bothriocéphale, et présentant même des attaques épileptiformes dues à la présence de ce parasite. Cette dame, un jour, rendit un bothriocéphale.

Il ne paraît point douteux que la transmission s'est faite du jeune Suisse à cette dame; mais comment, et par quel intermédiaire? Je l'ignore; cependant, je ferai remarquer que cette personne mangeait la salade de son jardin, et que le jeune Suisse pouvait bien avoir souillé cette salade avec ses garde-robes. Et il ne serait pas impossible que ce mode de propagation puisse être invoqué, même en Suisse.

M. Laboulbène : Ce jeune homme ne recevait-il pas du poisson de son pays?

M. Potain : Tout ce qu'il reçut de la Suisse fut une tablette de chocolat.

M. Guyot : Je me souviens qu'au Congrès tenu à Genève le mois dernier, M. Vogt s'éleva contre l'idée de la transmission du bothriocéphale par les poissons du lac. Des recherches nombreuses qu'il a faites sur toutes les variétés de poissons contenues dans le lac, il résulte qu'aucun n'a présenté ni bothriocéphale ni œufs de bothriocéphale. Ce serait donc là une question définitivement jugée.

M. Dujardin-Beaumetz : Il m'est arrivé dernièrement un fait analogue à celui de M. Laboulbène. En donnant de l'*acide salicylique* à un malade atteint également de rhumatisme articulaire, je lui fis rendre un tænia inerme. Je me demande si cette action de l'acide salicylique ne serait pas due à l'acide phénique que renferme l'acide salicylique; car on sait que l'acide phénique a été conseillé déjà pour chasser le ver solitaire.

M. Dumontpallier : Beaucoup de substances agissent, en effet, contre le ver solitaire, et quelques-unes même à notre insu.

Je me souviens d'une malade présentant divers phénomènes thoraciques qui faisaient croire à une phthisie pulmonaire au début. On lui administra des granules de Dioscoride, et, au bout de trois jours, elle rendit un tænia. A partir de ce moment, tous les accidents thoraciques disparurent comme par enchantement. Faut-il ne voir dans ces faits qu'une pure coïncidence?

Une autre malade, venant de Varsovie, avait été vue et déclarée phthisique par Skoda. Elle était atteinte, en effet, d'une bronchite intense, avec râles sous-crépitants et craquements aux sommets de la poitrine; mais, en même temps, elle avait le ver solitaire. On lui donna une dose de kousso; elle fut débarrassée de son tænia, et, chez elle aussi, on vit alors rapidement disparaître tous les phénomènes graves de la poitrine.

(*La fin dans un prochain numéro.*)

JOURNAL DES JOURNAUX

Sur le mode de production des troubles circulatoires dans les épanchements abondants du péricarde, par M. François Franck. — Il résulte, d'expériences faites sur les animaux, que les troubles circulatoires survenant sous l'influence d'épanchements abondants du péricarde trouvent une facile explication :

L'accumulation dans le péricarde d'une notable quantité de liquide séreux gêne l'afflux du sang dans les oreillettes droite et gauche, et détermine la diminution des ondées envoyées par chacun des ventricules. La faiblesse des ondées ventriculaires gauches entraîne la petitesse du pouls artériel, le ralentissement de la circulation périphérique. L'obstacle apporté au déversement du système veineux général dans l'oreillette droite, amène l'œdème des tissus et les hydropisies variées.

A un degré plus avancé de compression du cœur, suppression des pulsations artérielles à la suite de la suppression des ondées envoyées par le ventricule gauche; défaut d'hématose pulmonaire et asphyxie. (*Gaz. hebd.*, 1877.) H. H.

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés par une solution d'iode dans l'eau distillée de laurier-cerise, par M. Luton. — Cette solution est composée de 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau de laurier-cerise. On instille, avec un compte-gouttes, le liquide entre les paupières en quantité indéfinie, et cela 4 à 6 fois par jour. Ce traitement l'emporte même sur le nitrate d'argent; il n'expose à aucun inconvénient, comme la nécrose de la cornée. (*Union méd. et sc. du Nord-Est*, n° 4, 1877.) — H. H.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LA BLENNORRHÉE. — DIDAY.

Alun calciné pulvérisé	2 grammes.
Protochlorure de mercure	3 —
Cérat	25 —

F. s. a. une pommade, avec laquelle on enduit une bougie en cire de 4 ou 5 millimètres de diamètre, et que l'on introduit dans l'urèthre, à une profondeur de 16 centimètres environ. On la laisse en place trois minutes, et on répète cette introduction tous les jours. De cette manière, on ramène momentanément l'inflammation à l'état aigu, et on la traite par les injections astringentes. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 25 Décembre 1725.

AFFICHE : « Madame Manuel a le secret infaillible pour guérir les gouttes et rhumatismes sans avoir besoin de remèdes intérieurs ni de régime particulier, mais par la simple application de son remède, dont on frotte la partie malade. Les expériences qu'elle en fait voir tous les jours luy ont assuré un applaudissement général de plusieurs seigneurs et autres personnes qui en ont esté guéries. Elle demeure rue Montmartre, entre la rue Tiquetonne et

« Veu l'approbation de M. Geoffroy, permis d'imprimer, afficher et distribuer; le 7 fév. 1726.

« HÉRAULT. » — A. CH.

COURRIER

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — Distribution des prix aux élèves internes et exernes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, proclamation des élèves nommés internes et externes par suite des concours ouverts en 2877, pour entrer en fonctions le 1er janvier 1878.

La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils, qui ont concouru en 1877, aura lieu le vendredi 28 décembre 1877, à une heure de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1877.

Avis essentiel. — MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1878.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

UNE HEUREUSE DÉCISION. — Le conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, sur la proposition de M. le docteur Alph. Guérin, l'un de ses membres, a décidé que, lorsqu'un médecin des Bureaux de bienfaisance tomberait dans l'infortune, ou dans un état d'infirmité qui l'empêcherait de continuer son service, un secours annuel de 1,200 francs, renouvelable, pourrait lui être accordé.

LE CENTENAIRE D'ALBERT DE HALLER. — Mercredi, 19 décembre, a été célébré, à Berne, le centenaire d'Alberd de Haller, mort en 1777. L'Université de Berne et les autorités municipales s'étaient mises d'accord pour fêter dignement cet anniversaire.

Le cortége était composé de députations du Conseil fédéral, des chambres fédérales, des Universités suisses et étrangères, etc.

Une médaille a été frappée en souvenir de cette cérémonie. Elle porte d'un côté le buste de Haller en profil; sur le revers, on voit la Berna déposant une couronne de lauriers sur la tombe du grand citoyen, et, à côté, l'ange de la mort tenant un flambeau funèbre et les armes du canton. En exergue : Centenaire commémoratif, le 12 décembre 1877.

La commission chargée d'organiser la cérémonie a publié un volume orné d'un remarquable portrait de Haller et sa biographie, par M. Émile Blœsch.

Né en 1708, à Berne, Albert de Haller étudia la médecine à Tubingen et à Leyde, où il prit le grade de docteur en 1726. Deux ans après, il se lia, à Bâle, avec Jean Gessner et com-

mença dans les montagnes de la Suisse les nombreuses excursions dans lesquelles il recueillit les matériaux de son grand ouvrage de botanique et prépara son poëme : *Les Alpes.*

En 1733, fixé à Berne comme médecin, on lui permit de faire des cours; il fonda alors un amphithéâtre d'anatomie.

En 1736, appelé à la nouvelle Université hanovrienne de Gœttingue, il dota cette jeune institution de plusieurs créations importantes, et surtout la Société royale des sciences de Gœttingue qu'il inaugura en 1751 et dont il devint le président à vie.

Ses nombreuses connaissances scientifiques et son dévouement lui valurent de grandes distinctions qu'il abandonna en 1753 pour rentrer à Berne, sa ville natale, qui venait de l'élire membre du Grand Conseil.

Il fut ensuite délégué à Lausanne pour réorganiser l'Académie de cette ville. En 1764, il fut rappelé à Berne et nommé membre de la Cour d'appel. C'est dans cette ville qu'il mourut en 1777, au milieu de nombreux amis, chéri de tous ses compatriotes, et laissant à la postérité le souvenir d'un grand savant et d'un bon citoyen.

ANTHROPOPHAGIE. — L'anthropophagie aurait à peu près été abandonnée par les Maoris (Nouvelle-Zélande), au dire de l'*Ausland*, qui en donne la preuve suivante :

« Dernièrement, un homme du nom de Sullivan a été tué par les Maoris, ou plutôt exécuté par eux, suivant leurs idées de justice. Ils l'avaient averti qu'il lui en cuirait s'il empiétait sur les terres des indigènes, ce dont il n'avait eu cure, ayant fait passer un chemin sur lesdites terres. Sur quoi les Maoris le tuèrent et lui arrachèrent le cœur, qu'ils portèrent au quartier du roi, et le roi fit aussitôt enfouir ce reste du malheureux Sullivan. Le cannibalisme est donc en pleine décadence, même chez les sauvages Hau-Hau, comme on nomme les adhérents de la singulière religion Paï-Mariré. »

UN NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE. — Un groupe d'étudiants en médecine a l'intention de publier, sous le nom de *Revue hebdomadaire des cliniques lyonnaises*, un journal dans lequel seront résumées toutes les cliniques de la Faculté.

Nous ne pouvons qu'encourager cette œuvre de vulgarisation scientifique, entreprise par tous et pour l'utilité de tous, et faisons des vœux sincères pour sa prompte réalisation.

Adresser toutes les communications à M. A. d'Oceus, étudiant en médecine, à Lyon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, *à 3 heures 1/2 précises*). — La Société se réunira en séance ordinaire, le vendredi 28 décembre 1877.

Ordre du jour : Élections générales du bureau, des conseils et comités. — Rapport du conseil d'administration sur la gestion du trésorier. — Compte rendu annuel du secrétaire général. — Notice sur les membres de la Société décédés pendant le cours de l'année : MM. Barth, Bouvier, Hervez de Chégoin, Vernois. — Observation de gangrène dans la fièvre typhoïde, par M. Lereboullet. — Communications diverses.

— La Société médico-pratique de Paris a, dans sa séance du 19 décembre, renouvelé son bureau pour l'année 1878; ont été élus :

Président, M. le docteur Collineau; — vice-président, M. le docteur Archambault; — secrétaire général, M. le docteur Édouard Michel; — secrétaires annuels, MM. les docteurs J. Cyr et Thorens; — trésorier, M. Julliard.

Référendaires : MM. les docteurs Labarraque père et Perrin.

Membres du comité de publication : MM. Reliquet, Rougon, de Ranse, Duroy, Thorens, Collineau et Édouard Michel.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance a composé de la façon suivante son bureau pour l'année 1878 :

Président, M. Baudoin; — vice-présidents, MM. Fontès et Commenge; — secrétaire général, M. Passant; — secrétaires annuels, MM. Labarraque fils et Paul Richard; — archiviste, M. Machelard; — trésorier, M. Le Coin.

Membres du conseil de famille : MM. Lanquetin, Labarraque père et Domerc.

Membres du comité de publication : Pour la médecine, MM. Courtaux et Gibert; — pour la chirurgie, MM. Bonnefoy et Morel d'Arleux; — pour les accouchements, MM. Hamon et Verrier.

COURS DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — M. le docteur Henri Huchard, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de *pathologie interne* le lundi 7 janvier, à 8 heures (amphithéâtre n° 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il traitera, en premier lieu, des *fièvres éruptives.*

Le gérant, RICHELOT.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

CLIMATOLOGIE MÉDICALE

CLIMATS PROPRES AUX RHUMATISANTS (1).

III

Théoriquement, les climats chauds sont les plus favorables, en ce qu'ils entretiennent ou excitent la sudation, tandis qu'une influence qui la ralentit ou la supprime, paraît remplir le premier rôle dans le développement du rhumatisme. Ce résultat ne se dégage pas toujours avec netteté. Les statistiques ne sont pas, dans beaucoup de cas, en accord avec le principe. Ainsi, dans les climats chauds de l'Europe méridionale, on observe une grande différence entre la température des lieux exposés au soleil et de ceux qui sont dans l'ombre; cette condition donne deux impressions contraires à l'individu qui passe rapidement des uns aux autres, ce qui est un inconvénient pour les rhumatisants, et peut même devenir un danger. Un arthritique raconte comme il suit l'aventure qui lui survint dans le climat de Pau, l'un des plus cléments et des plus doux du voisinage de la Méditerranée :

« Le 12 décembre, il faisait très-beau, écrit l'auteur, à la fois malade et médecin (2). Ce jour-là, le thermomètre marquait + 36 au soleil et + 8 à l'ombre. Malgré mon ombrelle, en allant, le côté droit du corps exposé au soleil fut fortement échauffé. En revenant, ce côté se trouva à l'ombre avec un écart de température de 28° : je sens encore la transition. Devant la crainte du refroidissement, j'eus beau agiter le bras, le frictionner fréquemment, la réaction ne put jamais se faire. Dans la nuit même, des douleurs se déclarèrent à l'insertion du deltoïde et aux insertions brachiales du grand pectoral, douleurs très-vives qui me tinrent au lit. Ces douleurs durèrent trois jours; elles disparurent presque subitement et furent remplacées par de l'asthme. »

Cette facilité d'éveiller le rhumatisme ou même d'en susciter le développement, dans un climat qui compte au nombre des climats chauds des bords de la Méditerranée, provient, en effet, de la différence grande qui se marque dans la température des lieux exposés au soleil, comparée à celle des lieux qui n'y sont pas. Cela seul

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Docteur X..., *Journal humoristique d'un médecin phthisique.* Paris, 1876.

FEUILLETON

LA TÊTE DE BICHAT

devant la Société anthropologique; et les localisations cérébrales (1).

Bichat avait avancé que l'inégalité des deux lobes cérébraux devait engendrer un faux jugement; plusieurs physiologistes ont fait observer que son exemple même leur paraissait la meilleure réfutation de cette hypothèse, Bichat, dont les deux moitiés du cerveau étaient, prétendent-ils, fort inégales, ayant une grande rectitude d'esprit. Il y a ici une erreur que je dois relever. Les médecins qui ont vu chez moi ou chez le professeur Roux ce crâne étrange, peuvent attester qu'ils n'ont jamais rencontré, ni dans les amphithéâtres ni dans les musées anatomiques, une difformité semblable. C'était évidemment une déformation osseuse congénitale. Les deux moitiés de la tête étaient comme une paire de chevaux attelés sur un plan différent; l'occipital et le reste de la moitié de la boîte osseuse du côté gauche fuyaient d'arrière en avant jusqu'au frontal, tandis que la moitié du frontal et le reste de la boîte osseuse du côté droit étaient déjetés d'avant en arrière. En un mot, les deux moitiés du crâne étaient égales comme volume, mais placées de travers. Du reste, avec un peu d'attention, on peut remarquer que les deux moitiés de la face sont rarement symétriques, qu'il y a presque toujours une différence dans la grandeur et même dans la couleur des yeux. L'ouïe des deux oreilles présente souvent des inégalités frappantes. Quant au très-singulier privilège

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 11, 18, 20 et 25 décembre.

doit faire ranger ce climat dans le groupe des climats tempérés. Le climat n'est pas foncièrement chaud; s'il l'était, si l'élévation de la température était sa formule caractéristique, l'air des lieux d'ombre serait moins froid, relativement à la thermalité des lieux éclairés par le soleil. Les extrêmes se rapprocheraient au lieu de s'exprimer par les chiffres rapportés au climat de Pau et qui se retrouvent, du reste, dans les climats situés dans les mêmes zones. Ce n'est pas une raison, cependant, d'interdire l'hivernation dans ces stations, aux rhumatisants les plus susceptibles. Tous les climats, même les mieux appropriés à un état pathologique donné, ont des inconvénients contre lesquels il faut avoir la prudence de se prémunir. On sait, en climatologie, qu'il y a des heures favorables aux malades et d'autres qui leur sont contraires. On est convenu d'appeler les premières, heures médicales, c'est-à-dire celles qui imposent aux malades d'aller respirer l'air libre du dehors, par opposition aux heures qui les condamnent à rester prudemment renfermés dans leur logis. Or, les rhumatisants peuvent s'accommoder de ces climats et les faire servir à leur cure, bien qu'il s'en trouve de plus favorables. Il importe, pour cela, de se défendre contre leurs dangers, de suivre exactement la prescription des heures médicales et de se promener en pleine campagne dans un site abrité des vents froids, la tête ombragée du parasol, mais le corps exposé par tous les points à cette action solaire qui excite la transpiration et que rien ne vient interrompre.

Les statistiques attribuent, pour les stations de la Méditerranée, un chiffre assez élevé de rhumatisants; ce qui donnerait à conclure que ces stations de chaleur moyenne devraient leur être interdites. Le défaut des statistiques, c'est d'introduire dans les calculs, des éléments qui ne devraient pas y compter. Ainsi, dans les stations riveraines de la Méditerranée, ou insulaires qui ont quelque renommée, une partie de la population vit des travaux de la mer et y recueille des rhumatismes; on comprend que cette catégorie de malades ne peut pas donner aux statistiques un sens qu'elles ne doivent pas avoir. On ne peut pas en inférer, en effet, que si ces stations comptent annuellement beaucoup de rhumatisants cela ne suffit pas pour en conclure que le climat est contraire à cet ordre de malades, et que ce n'est pas sur ce point qu'il faut les diriger. Les statistiques sont un bon instrument de recherches, à la condition de le bien connaître et de savoir s'en servir. En tout cas, elles ne sont pas admissibles quand elles se mettent en contradiction avec les principes. Les principes sont que les hautes températures, favorisant l'activité fonctionnelle de la peau, sont avantageuses au rhumatisme, qu'elles ont pour effet d'en

---

de la main droite sur la main gauche, parfois interverti, il est certain, pourvu que les nouvelles investigations soient continuées, qu'on en découvrira la cause dans quelque localisation, soit dans le cerveau, soit dans le cervelet.

J'ai indiqué plus haut que, dans bien des cas, les jugements de certains phrénologistes ne me paraissant pas justifiés, je résolus de tenter une épreuve décisive en faisant parvenir, sans aucun renseignement, le crâne de Bichat à la Société anthropologique. C'était à la séance du 18 novembre 1832. M. de Potter présidait; de docteur David Richard qui fut depuis, pendant plusieurs années, directeur d'un asile d'aliénés, me remplaçait comme secrétaire; W. Edwards était absent. J'ai dans les mains le procès-verbal de la séance. Dumoutier venait d'analyser phrénologiquement le buste du nègre Eustache, et montrait combien son organisation cérébrale était en harmonie avec le beau caractère dont il avait fait preuve. Puis il présenta à la Société le crâne de Benoist qui, âgé à peine de 22 ans, avait été supplicié récemment pour avoir assassiné sa mère et son ami; il est inutile d'ajouter qu'il trouva sur ce crâne la réunion des plus affreux instincts, en signalant l'absence des bons et la faiblesse de l'intelligence. Enfin le procès-verbal continue ainsi : « Le docteur Foissac adresse à la Société un autre crâne sur lequel il n'envoie aucun détail. Plusieurs membres, cherchant à en déterminer les caractères phrénologiques, y trouvent les instincts animaux beaucoup plus développés que les sentiments supérieurs et les facultés intellectuelles, et sont portés à mal préjuger (ô blasphème!) de la vie de celui à qui ce crâne a appartenu. On attend la prochaine réunion pour connaître la vérité sur son compte. » Tels furent les termes du procès-verbal; ils sont assez significatifs. Cependant j'appris que, malgré l'imperturbable confiance de Dumoutier et de quelques autres membres, une certaine circonspection les avait portés à adoucir dans le procès-verbal les termes du jugement qu'on avait prononcé en séance, sans

pallier les douleurs et d'en conjurer les paroxysmes. Tout consiste, pour obtenir de tels effets, à prendre des précautions contre les inconvénients qui sont le partage des climats tempérés et à se tenir toujours, pendant la durée des exercices à l'air libre, aux heures médicales pendant lesquelles les chances sont aux bonnes influences, tandis que les mauvaises trouvent rarement à se prononcer.

Des opinions basées sur l'observation sont acquises touchant l'influence du climat sur le rhumatisme; les unes montrant que la température ne corrige pas les effets connus de l'humidité sur la maladie, les autres, que les zones plus chaudes que les zones tempérées sont celles où le rhumatisme articulaire et les formes qui s'en rapprochent, se montrent le moins fréquemment et sont, par suite, celles qui conviendraient le mieux aux malades de l'affection rhumatismale.

Voici sur quelles donnés se fondent les premières : « Il n'est pas une seule des stations navales de l'Angleterre, en dehors du cap de Bonne-Espérance, dit le docteur Besnier (1), qui ne donne une proportion sensiblement égale de rhumatisme, et il n'en est aucune surtout qui n'en fournisse un beaucoup plus grand nombre que la métropole. » Cela veut dire que n'importe le lieu de latitude, qu'il appartienne aux zones tempérées ou à celles de température supérieure, tous ces lieux, à l'exception du privilége du Cap, amènent les mêmes effets. Or, on sait que l'air marin est partout en saturation hygrométrique. Évidemment, c'est cette influence qui se manifeste pleinement. C'est au point que la capitale du Royaume-Uni, ville à atmosphère de brouillards et dont le ciel est si peu avare de pluies, ne fournit pas un contingent aussi élevé de rhumatisants.

Les secondes sont soutenues par des médecins qui ont vécu et pratiqué dans les régions hyperthermiques. « Dans les vingt ans de mon exercice médical à Saint-Pierre Martinique, écrit le docteur Rufz de Lavison (2), je n'ai vu que quatre cas de rhumatisme articulaire fébrile et mobile, comme on le voit fréquemment en Europe; mais les douleurs musculaires vagues dans les différentes régions du corps sont fréquentes », et plus loin l'auteur ajoute que pendant cette période il n'avait pas observé ces maladies graves qui sont la complication dangereuse et souvent mortelle du rhumatisme. Il découle de ce qui précède que, si le rhumatisme articulaire est rare dans ces climats au point de ne pas tenir de place dans la pathologie, les

(1) Docteur Ernest Besnier, *loc. cit.*

(2) *Archives de médecine navale*, t. XI et XII, 1869.

---

contradiction, à l'unanimité. Non-seulement on ne s'était pas borné à mal préjuger de la vie de celui à qui ce crâne avait appartenu, mais encore le sentiment général était qu'un malheureux, aussi mal conformé, avait dû périr sur l'échafaud.

A la séance suivante, à laquelle j'étais présent et assistait W. Edwards, la Société étant au grand complet, le docteur David Richard lut le procès-verbal. Quand il arriva au passage que je viens de rapporter, Edwards, ne contenant pas son indignation, s'écria : « Malheureux, qu'osez-vous dire? Ce crâne est celui de Bichat! » A l'instant, le docteur David Richard biffa de plusieurs traits de plume le passage du procès-verbal, démenti cruel à la science des phrénologistes. La Société était stupéfaite, et ne me pardonna pas le piége que je lui avais tendu. A dater de ce jour, il se fit un ralentissement de zèle, et la Société ne tarda pas à se dissoudre.

Après une aussi longue suite d'observations, d'études, de recherches, de luttes et d'écrits, que reste-t-il aujourd'hui du système de Gall? Hufeland disait de ce médecin célèbre qu'il était l'un des plus étonnants phénomènes de notre siècle. Quelque carrière qu'il eût embrassée dans les sciences d'observation, il aurait été dans toutes un homme supérieur, et l'on peut rendre la même justice à Spurzheim. Il restera toujours à ces grands esprits, même dans leurs erreurs, la gloire d'avoir imprimé une nouvelle impulsion à l'anatomie et à la physiologie du cerveau qui, avant leurs découvertes, étaient très-arriérées. Il est vrai que, dans le principe, toute la doctrine de Gall était basée sur les formes, sur les éminences du crâne. Mais on doit bien penser que ce grand observateur ne se faisait, à cet égard, aucune illusion, et n'attribuait aux apparences extérieures d'autres qualités que celle de représenter les formes de l'encéphale. Une substance aussi délicate que la pulpe cérébrale peut-elle se traduire sur la surface extérieure de la boîte osseuse en signes faciles à reconnaître? Certaines autopsies

rhumatismes vagues ou faibles sont communs, ce qui s'explique par les courants d'air si recherchés dans les régions à température supérieure et qui agissent sur une peau incessamment baignée par la transpiration. Il y a un rhumatisme d'été dans nos régions tempérées absolument comparable aux rhumatismes communs des zones hyperthermiques. Saint-Vel (1) arrive aux mêmes conclusions que le docteur Rufz de Lavison. D'autres témoignages se joignent à ceux de ces habiles praticiens. Donc, on peut établir que les zones les plus chaudes ne favorisent pas seulement les affections rhumatismales graves, puisque celles-ci n'y sont pas observées, mais qu'elles sont d'une bonne influence sur la susceptibilité rhumatismale, si on sait se soumettre aux précautions jugées utiles dans les pays chauds.

IV

Aucun titre ne peut mieux exprimer, à mon avis, les conditions et les influences atmosphériques de la maison. La maison est un lieu circonscrit dépendant du dehors, puisqu'elle lui emprunte l'air dont elle s'alimente et par lequel elle renouvelle celui qui s'y est altéré. Mais par l'abri qu'elle forme et la disposition qui lui est donnée, elle représente un climat propre, climat qui n'est pas le même dans les divers compartiments dont se compose la maison, mais qui a sa signification comme ses caractères.

Il faut que la maison soit bien exposée, qu'elle reçoive par de larges ouvertures, si la construction a su les ménager, l'air frais du matin et qu'elle soit frappée par le soleil pendant une grande partie du jour. Les anciens, qui avaient étudié attentivement les conditions hygiéniques de leurs maisons, recommandaient non-seulement de les asseoir sur un terrain élevé et en pente douce, mais de leur donner une orientation inclinant moins au midi qu'à l'est. Les matériaux de construction étaient soigneusement choisis, et on sait combien leurs ciments résistaient aux causes qui pouvaient les dissoudre. De ces causes, la plus fâcheuse provient de l'humidité, contre laquelle il est indispensable de se défendre pour protéger les organismes contre les effets pathologiques que cette humidité détermine. Au nombre de ces effets pathologiques se place le rhumatisme, soit à son développement, soit pendant son cours, dans les diverses formes qu'il présente. Les statistiques n'ont pas donné, que nous sachions, des relevés qui permettent de comparer les rhumatisants

(1) Saint-Vel, *Traité des maladies intertropicales*. Paris, 1868.

---

ne permettent pas de conserver une telle illusion, et, pour en citer une seule, rappelons celle de lord Byron : On lit dans le procès-verbal d'autopsie de l'auteur de *Don Juan*, que les os de la tête étaient très-durs, et que le crâne, pareil à celui d'un octogénaire, ne présentait pas la moindre trace de suture. On aurait pu dire qu'il était formé d'un seul os sans diploë. Du reste, l'exemple du crâne de Bichat, que nous avons cité tout à l'heure, prouve également que la boite osseuse ne représente pas toujours la forme du cerveau, mais que cet organe subit souvent la forme et les déviations du crâne. A peine Spurzheim, déjà très-bon anatomiste, eut-il suivi ses cours, que Gall comprit aussitôt combien un tel concours pouvait être utile à sa doctrine et se l'adjoignit comme collaborateur. Spurzheim, en effet, était un anatomiste de premier ordre et un très-habile expérimentateur. Je crois cependant qu'on regarde aujourd'hui comme factice le déplissement des circonvolutions que nous lui avons vu exécuter avec une surprenante dextérité.

Gall et Spurzheim, les premiers, ont apprécié à leur juste valeur le volume et le poids de l'encéphale, ainsi que la multiplicité des circonvolutions cérébrales dans leurs rapports avec l'intelligence. Rien n'est absolu ; ce n'est point avec le mètre ni avec des grammes qu'on doit mesurer les lois de la vie. Il n'est point admissible, comme Baldinger le prétend, que le cerveau de Cromwell pesât six livres et un quart, en livres anglaises ; Cromwell, d'ailleurs, était un fanatique criminel à qui tout réussit, plutôt qu'un homme *d'une profondeur d'esprit incroyable*. Le poids du cerveau de Cuvier était de 1,829 grammes, celui de Dupuytren de 1,436 grammes. Mais je n'insiste pas sur ces considérations, M. Broca ayant traité cette question sous toutes ses faces, dans le mémoire communiqué à la Société anthropologique, sous ce titre : *Du volume et de la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races*. Du reste, Ruisch, Buffon, Haller, Daubenton, et surtout Cuvier, avaient cherché à déterminer

qui auraient contracté leur maladie au dehors à ceux qui l'auraient contractée au dedans. Nous estimons que cette dernière catégorie ne présenterait pas une bien notable différence avec la première.

Les climats domestiques se distinguent par des conditions assez favorables dans les grandes villes, sous le rapport de l'humidité. Les maisons sont construites avec des matériaux de choix; jamais le métier d'architecte et de maçon n'a mieux rempli sa tâche. Si n'étaient la rareté de plus en plus grande des jardins et l'étroitesse et la profondeur des cours où le soleil ne pénètre et où l'air ne circule, il n'y aurait rien à dire. Mais ces cours étroites et profondes engendrent des émanations insalubres et se distinguent par une humidité permanente. Un rhumatisant qui vivrait dans un logis s'ouvrant sur une cour de cette espèce, y pourrait difficilement guérir et y contracterait tout au moins un de ces rhumatismes chroniques qui se font remarquer par leur ténacité.

Lorsque les maisons étaient construites en pisé et en bois, le dehors avait plus d'action sur le dedans. Celui-ci s'appartenait moins; les agents extérieurs trouvaient une voie plus facile pour pénétrer jusqu'à lui. Dans certains pays, et même en France, il y a des lieux où cette voie reste ouverte. En Autriche, par exemple, et en Hongrie, pour ne citer que ces régions, la maison du villageois, placée souvent au bas d'une colline ou d'une plus grande élévation de terrain, est faite de manière à ce que sa paroi postérieure soit empruntée au terrain sur lequel elle s'appuie. C'est une construction à pignon qui plonge par une extrémité dans le sol. De là, comme conséquence naturelle, un fond permanent d'humidité contre lequel les habitants n'usent d'aucune précaution. Il s'ensuit naturellement des influences pathologiques dont la plus commune est représentée par le rhumatisme.

Chauffer une habitation humide est sans doute une excellente précaution pour imprimer à l'air des qualités différentes; mais elle emporte des inconvénients qui ne sont pas sans influence sur le développement du rhumatisme. Lorsqu'une pièce d'appartement est chauffée par un temps d'humidité ou de pluie, l'air devient sec en apparence, parce qu'il dissout d'autant plus d'eau que sa température est plus élevée. Mais que le feu s'éloigne et que la température baisse, l'humidité devient sensible, l'hygromètre marque un degré d'humidité relative élevé. Ceci s'applique aux régions septentrionales où le poêle est en honneur, mais où cependant le foyer n'est pas toujours alimenté. La température de la chambre y subit des changements d'une intermittence régulière. Le jour, l'atmosphère, confinée du reste par les pré-

non le poids absolu, mais le poids de l'encéphale comparé à celui du corps. On trouve, dans le résultat, la confirmation de la loi que l'encéphale se développe et que l'intelligence se perfectionne, à mesure qu'on remonte l'échelle animale.

Au poids du cerveau se rattache le volume de la tête. En général, et sans être d'une rigueur mathématique, l'angle facial de Camper sert à mesurer le degré d'intelligence. En d'autres termes, un front droit ou bombé annonce des facultés supérieures. Tels les sculpteurs représentent non-seulement Jupiter Olympien, mais encore César, le Dante, Michel-Ange; Périclès avait une si grosse tête qu'il portait habituellement un casque pour en dissimuler la difformité. Il est vrai que de grands traits et une figure proéminente peuvent changer l'ouverture de l'angle facial; mais l'observateur rectifie facilement l'erreur, et reconnaît que de grosses figures peuvent s'allier à des crânes volumineux, ainsi qu'on le voyait chez le prince de Condé, Racine, Louis XIV, Ampère, Gall et Spurzheim eux-mêmes.

On a émis des opinons contradictoires sur la tête de Napoléon. Elle était très-volumineuse. Aussi Hallé, frappé de ce volume et de la lenteur de son pouls qui, dans l'état ordinaire, n'avait que 42 pulsations, craignait-il que l'empereur ne fût hydrocéphale, ce qui était invraisemblable. En 1834, la Société phrénologique m'ayant désigné pour lire en séance publique, à l'Hôtel de Ville, une notice sur Napoléon, qu'un voyage à l'étranger m'empêcha d'achever, je n'eus, pour me guider, que le moule d'Antomarchi et les renseignements que me fournirent les généraux Bertrand et Gourgaud, les deux messieurs de Las Cases surtout. M. Marchand, premier valet de chambre de l'empereur, me fit remettre le chapeau qu'il portait à Waterloo. Je pus donc constater que la tête de Napoléon, dont on m'assura que la peau, que les cheveux étaient d'une grande finesse, mesurait 22 pouces. Mais pour m'empêcher d'attacher à ces mesures une importance trop significative, j'avais alors sous les yeux un Suisse nommé

cautions prises contre l'invasion du froid du dehors, l'atmosphère est chaude à étouffer; dans les heures avancées de la nuit elle devient glaciale; il faut que le poêle soit rallumé et que la température de l'air soit réchauffée pour que l'humidité sensible et pénétrante disparaisse. On comprend combien ces conditions sont favorables au rhumatisme. Les pays tempérés, comme la France, ont des moyens de chauffage plus hygiéniques; mais le rhumatisme trouve des occasions de se produire par des habitudes qui prêtent à la peau une grande susceptibilité, de telle sorte qu'il peut être dangereux de passer d'une impression à une impression contraire. Avec l'usage des calorifères, les appartements sont surchauffés, car leur température surpasse toujours 14 degrés, chiffre qui devrait être pris pour celui de la moyenne normale. La cheminée, malgré les inconvénients que créent des courants d'air parfois d'une certaine violence, la cheminée représente un mode de chauffage préférable; si elle détermine en effet des courants incommodes et même nuisibles, elle imprime à l'atmosphère de la pièce qu'elle échauffe une mobilité qui la maintient salubre. Que le pauvre ignore ou néglige ces prescriptions de l'hygiène et qu'il s'expose sans défense aux maladies qui peuvent l'atteindre, cela se conçoit assez. Mais le riche, qui entasse meubles et objets de luxe dans un logis quelquefois trop étroit pour les contenir, doit avoir pour premier soin de ne pas se préparer le rhumatisme dans un milieu qui, comme les atmosphères libres, a aussi ses intempéries.

D[r] Éd. CARRIÈRE.

MEMENTO BIBLIOGRAPHIQUE

DESCRIPTION DE DEUX NOUVEAUX FORCEPS, par M. le docteur S. TARNIER, chirurgien en chef de la Maternité de Paris, etc. In-4° de 56 pages. Paris, 1877; Lauwereyns.

Une modification au forceps proposée par un accoucheur, et par un accoucheur d'une aussi grande pratique que M. le docteur S. Tarnier, voilà, certainement, une rareté qui surprendra beaucoup de monde, et qui m'a surpris tout le premier. Jusqu'ici, je n'avais guère vu ces modifications proposées que par des chirurgiens de la marine. Bien que singulier au premier abord, cela se conçoit parfaitement. Nos honorables confrères de la flotte ne sont appelés à faire des accouchements que lorsqu'ils ne naviguent plus. Ce sont tous alors des hommes d'expérience et d'excellents observateurs, parce qu'ils ont porté longtemps la lourde responsabilité de l'isolement du bord, et qu'ils sont habitués à se suffire à eux-mêmes. Ils sont dans les meilleures conditions possibles pour être frappés des défectuosités d'un instru-

---

Aviolat, dont la tête, très-uniformément développée, mesurait 23 pouces de circonférence. Il était blond, un peu lymphatique, grand de taille. Il n'avait qu'une intelligence ordinaire et que des passions modérées. Aussi Gall et surtout Spurzheim avaient-ils soin de répéter sans cesse qu'il fallait avoir égard non-seulement au volume, mais encore à la qualité et à l'activité de l'élément nerveux. L'homme dont on peut dire :

Nil actum reputans, si quid superasset agendum,

est celui qui opère les plus grandes choses : il a la force multipliée par la vitesse.

C'est injustement que Leuret reproche aux phrénologistes, à Gall et à Spurzheim, d'avoir négligé l'étude des circonvolutions du cerveau et d'en avoir tracé d'imaginaires. Il adresse le même reproche à Serres et à Cruveilhier. Forcé de me borner, je me contente d'affirmer que ces éminents anatomistes n'en méconnurent jamais l'importance, ainsi que le prouvent leurs écrits, l'ouvrage et les dessins très-perfectionnés de Vimont surtout. Aucun ne peut ignorer que la boîte osseuse n'est qu'une empreinte, une apparence, et que l'étude d'une phrénologie scientifique réside dans les circonvolutions. Il est démontré aujourd'hui que les circonvolutions se montrent plus nombreuses à mesure que l'animalité s'élève; les singes et les éléphants en font foi. Elles sont plus nombreuses encore dans l'homme. Les circonvolutions sont constantes, symétriques, et n'offrent d'autres irrégularités que celles dont on trouve quelques exemples dans tous les organes.

Chose remarquable! La première observation de Gall est celle de la mémoire des mots, se manifestant par des yeux à fleur de tête, c'est-à-dire par le développement de la partie inférieure du cerveau; M. Bouillaud, modifiant avec bonheur cette observation, considéra les lobules antérieurs du cerveau comme organes législateurs de la parole. Mais l'honneur d'avoir

ment dont ils n'ont pas l'habitude. Mais les accoucheurs spéciaux, les accoucheurs exerçant dans les capitales, précisément parce qu'ils ont du forceps une habitude de tous les instants, parce qu'ils l'ont toujours dans la main, ont pris leur parti de ses défauts. Ils lui font, malgré ses imperfections, rendre plus de services qu'ils ne le feraient d'un instrument plus parfait, mais qui ne leur serait pas familier.

Les bons ouvriers font les bons outils, dit-on vulgairement avec raison. Les plus beaux raisonnements du monde ne décideront jamais un ancien ouvrier à changer contre un neuf, si supérieur soit-il, un vieil outil qu'il sait bien manier. Tout cela n'empêche pas le mémoire de M. Tarnier d'être une œuvre remarquable, et qui rappelle les plus sérieux travaux du dernier siècle, de l'époque où la géométrie était particulièrement en honneur, et où les auteurs croyaient, judicieusement, qu'ils ne pouvaient apporter trop de soins, trop de science et trop de tenue lorsqu'ils s'adressaient au public.

M. Tarnier démontre, et démontre invinciblement, au moyen du parallélogramme des forces, que l'ancien forceps, le forceps ordinaire, le forceps de Levret, est construit de telle façon que si l'on tire avec une puissance de 20 kilogrammes, par exemple, il n'y en a que 17 qui sont employés utilement, tandis qu'on fait subir aux parties maternelles une pression nuisible de 10 kilogrammes. Cette démonstration mathématique avait déjà été faite, en 1860, comme le rappelle M. S. Tarnier, par M. Hubert (de Louvain), dont le monde scientifique déplore la perte récente; à savoir, que le forceps ordinaire ne peut, en raison de la courbure de ses branches, tirer dans l'axe du bassin lorsqu'il est appliqué au détroit supérieur. Il croyait qu'au dessous de ce passage les inconvénients du forceps de Levret disparaissaient, et il avait proposé, en conséquence, un instrument rectifié selon ces vues.

M. S. Tarnier, tout en rendant un juste hommage à M. Hubert, fait voir qu'il s'est trompé, et que le vieux forceps est aussi défectueux au détroit inférieur qu'au supérieur, exactement aussi défectueux, et dans les mêmes proportions exprimées par les mêmes chiffres, 20, 17,10.

Il modifie donc les courbures, et de l'ancien et du nouveau forceps de M. Hubert qui, d'ailleurs, est connu de bien peu de personnes, et il parvient heureusement à résoudre toutes les difficultés.

Il m'est impossible, on le comprendra, de donner une idée de l'instrument nouveau, par une simple description, alors qu'il a fallu à l'auteur 45 planches et épures, faites avec le plus grand soin, pour atteindre ce but. Il faut avoir le mémoire de M. S. Tarnier dans sa bibliothèque. C'est une œuvre. — M. L.

---

découvert et déterminé avec précision le siége du langage appartient à M. Broca; cet éminent observateur, ayant rencontré plusieurs cas d'aphasie coïncidant avec une lésion de la couche corticale de la troisième circonvolution frontale du côté gauche, regarda justement cette circonvolution comme le siége du langage articulé. Depuis que M. Broca a publié cette découverte, un grand nombre de faits sont venus la confirmer. De nombreuses observations et, en particulier, celles de MM. Charcot, Pitres et Dieulafoy, portent à croire que la lésion corticale des circonvolutions frontales et pariétales détermine la paralysie des membres supérieurs et inférieurs; la deuxième circonvolution frontale paraît le véritable centre moteur de la face. Nous abrégeons, en renvoyant le lecteur à la communication de M. Bourdon à l'Académie, et au rapport de M. Gosselin. Si tous les doutes ne sont pas levés, il est certain du moins que les faits observés sont le point de départ de nouvelles localisations cérébrales, et d'une phrénologie de l'avenir; les découvertes futures seront dues non à des apparences et à des suppositions, mais à l'observation des symptômes morbides et à l'anatomie pathologique.

Tout en regardant comme évident que la troisième circonvolution frontale du côté gauche est le siége du langage, nous ne pouvons admettre que la circonvolution du côté droit soit étrangère à cette faculté, tous les organes de la vie animale étant doubles et symétriques. Celle-ci serait-elle le siége, le complément des signes du langage, langage muet, mais animé, peinture, hiéroglyphes, et surtout écriture, dont l'invention est attribuée aux Phéniciens, et nous rappelle les beaux vers de la *Pharsale : Phœnices primi...?* Nous demandons la permission de rappeler, pour ceux qui l'auraient oubliée, la belle traduction de Brébeuf. La voici :

C'est de là que nous vient cet art ingénieux
De peindre la parole et de parler aux yeux,
Et par les traits divers de figures tracées,
Donner de la couleur et du corps aux pensées.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 octobre 1877. — Présidence de M. Empis.

SOMMAIRE. — Correspondance. — Lecture du rapport sur les *maladies régnantes*, par M. Ernest Besnier. — Communication sur le *Bothriocéphale*, par M. Laboulbène. Discussion : MM. Potain, Guyot, Dujardin-Beaumetz, Dumontpallier, Laboulbène. — Communication de M. Vallin, sur un cas de *phlegmon périvésical*. Discussion : MM. Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Laveran, Vallin, Fernet.

Suite et fin. — (Voir le numéro du 25 décembre.)

M. Vallin communique à la Société une observation de phlegmon périvésical siégeant dans la loge prépéritonéale de Retzius. (Voir l'Union Médicale du 22 décembre 1877.)

M. Dujardin-Beaumetz : Le fait que vient de nous exposer M. Vallin me rappelle un cas d'hématocèle de la cavité de Retzius, que j'ai observé dernièrement. C'était un homme, un tailleur, qui était entré dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une tumeur hypogastrique ressemblant tout d'abord à une vessie pleine d'urine; nous vîmes bientôt apparaître une tache ecchymotique au-dessus du pubis, puis sur la verge, puis sur les bourses, et enfin sur le haut des cuisses et au périnée, jusqu'au pourtour de l'anus. Je crus à une rupture vasculaire produite dans la région de la vessie. M. C. Paul, à qui je montrai le malade, m'affirma que cet épanchement sanguin périvésical, de cause tout à fait inconnue, siégeait bien dans la cavité de Retzius; et j'ajoute que le malade guérit.

M. Léon, professeur à l'École de Rochefort, a étudié un cas analogue auquel il donne le nom d'hématome périvésical; mais, ici, le malade mourut, et l'autopsie en fut faite.

M. C. Paul : Il y a une quinzaine d'années, j'observai dans le service de Bouley, à Necker, un premier cas de phlegmon périvésical qui fut ouvert et qui guérit.

Depuis cette époque, j'ai pu en observer d'autres dans lesquels la sonde, introduite dans la vessie, ne fit point diminuer la tumeur. L'ouverture faite à l'hypogastre amena la guérison. Si l'on ne pratiquait point d'incision à ces phlegmons, on pourrait craindre de les voir s'ouvrir soit dans le rectum, soit, ce qui serait autrement grave, dans la vessie.

M. Vallin : Velpeau en cite pourtant un cas qui s'est ouvert dans la vessie.

M. A. Laveran : J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas analogue à celui de M. Vallin; le malade était entré à l'hôpital avec des symptômes de péritonite, puis il s'était formé une tumeur dure, douloureuse à la pression au niveau de la région hypogastrique, et j'avais diagnostiqué un *phlegmon hypogastrique;* comme chez le malade de M. Vallin, le phlegmon s'était développé spontanément dans ce cas, et il s'est terminé par résolution; à sa

---

Vers pompeux, auxquels cependant on doit préférer la traduction de Corneille, disant que l'écriture

Fixe sur le papier la parole qui fuit.

Quelques esprits timorés ont pu craindre que le système des localisations cérébrales ne fût contraire à la doctrine de la spiritualité. Plus les organes sont multipliés, plus on doit admirer l'esprit intérieur qui les fait mouvoir, et produit de tant d'éléments divers l'unité mystérieuse de la conscience et du moi humain. Quoique Descartes ait fait de la glande pinéale le siége de l'âme, personne n'oserait l'accuser de matérialisme. Gall et Spurzheim, défendant leur doctrine d'un tel reproche, avaient soin d'énoncer qu'elle considérait le cerveau comme l'organe de l'âme; il est plus juste d'attribuer ce rôle à l'organisme entier. Le cerveau est véritablement le siége des facultés intellectuelles, ce qui est bien différent. La définition de M. de Bonald sera toujours juste et vraie : « L'homme est une intelligence servie par des organes ». Écoutons encore cette belle pensée d'Épicharme et d'Aristote qui peut justement s'appliquer à notre sujet : « Ce ne sont pas les yeux qui voient, disaient ces grands philosophes, ce ne sont pas les oreilles qui entendent; c'est l'âme qui voit et entend. »

Foissac.

Nécrologie. — Nous apprenons la triste nouvelle de la mort de M. le docteur Delacroix, médecin inspecteur des thermes de Luxeuil, professeur à l'École préparatoire de médecine de Besançon, etc.

sortie de l'hôpital, le malade conservait seulement une induration au-dessus du pubis.

Le phlegmon hypogastrique me paraît devoir prendre place à côté du phlegmon iliaque spontané, qui, lui aussi, se termine assez souvent par résolution, et qui donne lieu à des indurations persistantes. Voici, du reste, l'observation complète recueillie par MM. Baur et Simon, médecins stagiaires :

Le nommé Delmas (Jules), âgé de 27 ans, réserviste au 18e dragons, entre au Val-de-Grâce le 2 septembre 1877, service de M. A. Laveran, salle 30, lit 5.

Le 27 août, le malade s'est présenté à la visite de son régiment ; il ressentait de vives douleurs au bas-ventre, il était constipé, la bouche était mauvaise ; on lui a fait prendre de l'ipéca.

Le 28, il entre à l'infirmerie ; les douleurs abdominales augmentent. Le 1er septembre, on administre un purgatif.

A l'entrée au Val-de-Grâce, on constate l'état suivant : La face est grippée, les extrémités sont froides, le pouls est petit, fréquent (104) ; le malade accuse de vives douleurs dans l'abdomen ; par la pression, on provoque de la douleur, surtout dans le flanc droit et dans la région hypogastrique ; pas de tumeur ; il n'existe aucune affection de la vessie ni du canal de l'urèthre ; le malade n'a pas reçu de coups sur l'abdomen. Pas de hernie ; les deux testicules sont descendus dans les bourses.

La température est de 35°,5 le 2 au soir.

Prescription : Diète ; limonade tartrique ; glace à l'intérieur. Potion opiacée à 0 gr. 05 ; cataplasmes laudanisés sur le ventre.

3 septembre. Même état, constipation ; pas de vomissements. 36°,7 le matin ; 37°,9 le soir.

4. Les douleurs se localisent dans la région hypogastrique, qui est empâtée. Constipation. Après avoir pris un lavement laxatif, le malade a quatre selles ; il vomit, dans la soirée, deux lombrics. 36°,6 le matin ; 37°,8 le soir.

5. Le malade rend encore un ver. 36°,6 le matin ; 37°,5 le soir. Diète. Lait ; eau gommeuse. Onguent mercuriel belladoné et cataplasmes sur l'abdomen.

6. 36°,5 le matin ; 37°,3 le soir.

7. 37°,7 le matin ; 37°,6 le soir.

8. Le malade rend encore trois vers. 37°,1 le matin ; 36°,5 le soir.

9. Le malade va mieux ; les douleurs sont moins vives, mais on sent toujours de l'empâtement à la région hypogastrique ; on dirait que la vessie est pleine, cependant le malade urine bien. Plusieurs doses de santonine n'amènent pas l'expulsion de nouveaux vers.

A partir du 10 septembre il se produit, surtout vers le soir, un mouvement fébrile très-marqué :

10. 37°,4 le matin ; 38°,5 le soir.

11. 37°,8 le matin ; 38°,7 le soir.

12. 37°,8 le matin ; 39°,8 le soir.

L'abdomen a une forme caractéristique : il est déprimé à l'épigastre et fortement bombé à l'hypogastre, comme si la vessie, extrêmement distendue, venait faire saillie à ce niveau. La pression est douloureuse au-dessus du pubis, et on sent une tumeur qui s'étend des deux côtés de la ligne médiane, un peu plus à gauche qu'à droite. Pas de rougeur ni d'œdème à la peau ; pas de fluctuation profonde. Le malade vide bien sa vessie ; les urines ne présentent aucun caractère anormal. Le cathétérisme est difficile et provoque un peu de douleur au niveau du col de la vessie. Le toucher rectal est pratiqué ; la prostate n'est pas hypertrophiée, mais la pression est douloureuse du côté de la vessie ; il existe à ce niveau de l'empâtement. On continue les cataplasmes sur l'abdomen.

13. 37°,4 le matin ; 39°,6 le soir.

14. 38°,1 le matin ; 39°,4 le soir.

15. 37°,8 le matin ; 37°,6 le soir.

A partir du 15 septembre, l'état du malade s'améliore : l'apyrexie est complète, les douleurs abdominales diminuent, puis disparaissent presque complétement, mais la résolution de la tumeur hypogastrique ne se fait qu'avec lenteur. Le malade prend avec plaisir des aliments légers et commence à se lever. Il n'y a pas d'évacuation de pus par les selles.

Le 1er octobre, il existe encore une tumeur dure, incolore, à la région hypogastrique, mais cette tumeur a notablement diminué de volume ; le malade se lève et se promène une grande partie de la journée. Les digestions sont bonnes, les selles régulières. On fait des badigeonnages avec la teinture d'iode sur la région hypogastrique.

7 octobre. Éruption abondante de sudamina sur la paroi antérieure de l'abdomen ; l'éruption prédomine sur les points soumis au badigeonnage iodé.

12 octobre. L'éruption de sudamina a disparu : le malade quitte l'hôpital. On sent toujours une induration profonde à la région hypogastrique, mais il n'existe pas de douleur ; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement.

M. Fernet : Il y a quelques mois, j'ai vu, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas semblable aux précédents : c'était chez un jeune homme âgé de 18 ans, qui se plaignait d'une douleur vive à l'hypogastre, douleur accompagnée d'une tuméfaction douloureuse de la région hypogastrique. On pouvait croire à une vessie distendue par l'urine. Il n'en était rien, car la sonde donna un résultat négatif. Par le toucher rectal, j'eus une sensation de fluctuation assez nette. Je recourus aux antiphlogistiques, et, en trois semaines, ce phlegmon, qui me paraissait suppuré, fut guéri.

Il ne restait plus qu'une légère induration peu étendue et peu douloureuse.

J'avais cru avoir commis une erreur de diagnostic, mais je vois qu'il n'en fut rien, et qu'il s'agissait bien, dans mon cas, d'un phlegmon périvésical de la cavité de Retzius. J'ajoute qu'il ne s'échappa de pus par aucune ouverture naturelle; les selles furent glaireuses pendant quelque temps, et rien de plus.

M. Vallin : La sensation que j'obtins chez mon malade était celle d'une infiltration, mais non d'une collection purulente.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, Duguet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1877. — Présidence de M. Panas.

M. le Secrétaire général signale, parmi les pièces de la correspondance :

1° Une note de M. Pennès, accompagnant l'envoi de pièces anatomiques conservées à l'aide de son vinaigre antiseptique. (Com. M. Houel.)

2° Une lettre de M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer), accompagnant l'envoi d'une observation, recueillie par M. le docteur Filliet, de fracture du crâne avec enfoncement des fragments, ayant donné lieu à une aphasie durable et à une attaque épileptiforme, et ayant parfaitement guéri sans trépanation. Il s'agit, dans cette observation, d'un jeune mousse qui, ayant reçu, en pleine mer, un fragment de mât sur le côté gauche de la tête, tomba sur le coup sans connaissance et, après avoir été pris de vomissements, resta dans un demi-coma jusqu'au lendemain matin, où il put être transporté chez lui. Le docteur Filliet, appelé à ce moment, constata qu'il avait conservé la liberté de ses mouvements, mais qu'il avait perdu l'usage de la parole, tout en ayant conservé ses facultés intellectuelles, qu'il était atteint d'hémiplégie faciale, et qu'au niveau du pariétal gauche existait une fracture avec enfoncement des fragments et une dépression du diamètre d'une pièce de 2 francs. La pupille gauche était dilatée. La vessie et le rectum n'étaient nullement atteints de paralysie. Une dizaine de jours après l'accident ce blessé fut pris d'une attaque épileptiforme.

MM. Cazin et Filliet décidèrent alors qu'ils pratiqueraient la trépanation. Cette opération fut décidée pour le lendemain ; en effet, M. Cazin se mettait en mesure de la pratiquer, lorsqu'au dernier moment le père de l'enfant s'y opposa. Peu de jours après, tous les phénomènes observés et l'aphasie elle-même disparurent, et ce mousse jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

— M. Larrey présente, au nom de M. Bérenger-Féraud, le second volume de *Clinique des maladies des Européens au Sénégal.*

— M. Terrier, au nom de M. Coursserant, présente une observation curieuse d'arthénopie chez un malade atteint de choroïdite antérieure.

— M. F. Guyon, de la part de M. Malherbe (de Nantes), offre en hommage une observation de kyste du cou à contenu huileux. (Com. M. F. Guyon.)

— M. Panas, au nom de M. Boyer (du Havre), dépose sur le bureau une observation de dystocie par allongement hypertrophique du col.

— M. Desprès présente le malade dont il a entretenu la Société il y a quelques semaines, et auquel il a pratiqué la trépanation du tibia pour un abcès de la diaphyse de cet os. Cet homme a été complétement guéri deux mois et quinze jours après cette opération.

— M. Pozzi présente de nouveau le malade qu'il a déjà présenté l'année dernière à la Société et auquel il a pratiqué l'opération d'Esmarck pour une ankylose complète de l'articulation temporo-maxillaire du côté droit, ankylose qui rendait l'alimentation absolument impossible. Les bons résultats obtenus à la suite de cette opération, faite il y a un an, se sont parfaitement maintenus.

— M. le Président annonce que M. Pravaz (de Lyon), membre correspondant, assiste à la séance.

— La Société procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1878. (Voir le numéro du 22 décembre.)

— M. Le Dentu donne lecture de la seconde partie de son rapport sur le travail de M. Terrillon, relatif aux localisations cérébrales envisagées au point de vue des indications ou des contre-indications du trépan.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

JOURNAL DES JOURNAUX

Quelques mots sur la gangrène qui suit les opérations dans l'état puerpéral, par M. Habran. — Il s'agit d'un accouchement gémellaire facile, avec septicémie par décomposition des caillots retenus dans la matrice et, par suite, sphacèle étendu autour d'une simple ponction d'abcès du sein.

A ce sujet, l'auteur cite les observations de MM. Verneuil, Humbert, Cornillon et Vailard. (*Union méd. et sc. du Nord-Est,* n° 6, page 190.) — H. H.

Cas de grossesse gémellaire avec placenta unique et une seule poche amniotique. Les deux cordons noués ensemble. Arrêt de développement de l'un des deux fœtus, par M. Langlet (de Reims).

Paralysie diphthérique de l'accommodation, par M. Dianoux. — Exemple de paralysie du muscle ciliaire sans aucune autre paralysie musculaire du voile du palais, avec intégrité complète de tous les muscles innervés par la troisième paire, y compris l'iris. La guérison survint seulement par l'emploi des courants continus. (*Journal de méd. de l'Ouest,* 1877, page 14.)

CORRESPONDANCE

EXIGENCES DU FISC POUR LES CERTIFICATS DE DÉCÈS NON TIMBRÉS.

Argentan, le 23 décembre 1877.

Monsieur le rédacteur,

Je crois être utile à vos nombreux lecteurs en portant à leur connaissance l'avertissement que nous venons de recevoir, moi et mes confrères d'Argentan. Cet avertissement, émané des bureaux de l'enregistrement, nous fait savoir qu'en vérifiant les registres de l'état civil de l'arrondissement d'Argentan, M. le vérificateur de l'enregistrement, des domaines et du timbre, s'est trouvé obligé de relever contre nous un certain nombre d'amendes au sujet des certificats de décès délivrés par nous sur papier non timbré, et que, sous peu de jours, M. le receveur du bureau compétent nous préviendra officiellement des contraventions et des amendes par nous encourues.

Comment se fait-il qu'une pareille mesure soit prise à notre égard? Est-ce en raison d'une appréciation de la loi du timbre, purement personnelle à M. le vérificateur d'Argentan? Ou bien, est-ce en raison d'instructions reçues par lui de la part de la direction générale de l'enregistrement? Comment se fait-il alors que, depuis nombre d'années, ces certificats aient toujours été donnés sur papier libre, et que l'Administration, par son silence, ait en quelque sorte autorisé cette manière de faire? Quoi qu'il en soit, nous voilà bel et bien avertis à nos dépens, et désormais nous serions bien imprudents de délivrer un certificat de décès et, pour la même raison, de naissance, sur papier non timbré.

Veuillez agréer, etc. D[r] Gondouin.

FORMULAIRE

Traitement de la fissure a l'anus. — Tarnier.

On étale une petite quantité de poudre d'iodoforme à la surface d'un tampon de coton, et on le met directement en contact avec la fissure. Quatre ou cinq pansements suffisent, dans certains cas, pour amener la guérison. — N. G.

Éphémérides Médicales. — 27 Décembre 1789.

Joseph Balsamo, plus connu sous le nom de Cagliostro, est arrêté à Rome, et conduit au

fort du château de Saint-Ange. Il y a, de ce fameux illuminé ou fripon, un beau portrait gravé, au bas duquel on lit ces vers :

« De l'Ami des Humains reconnessès les traits;
« Tous ses jours sont marqués par de nouveaux bienfaits,
« Il prolonge la vie, il secourt l'indigence,
« Le plaisir d'être utile est seul sa récompense. » — A. Ch.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Sont appelés à l'activité, à dater du 1er novembre 1877, les agrégés stagiaires de la Faculté de médecine de Paris, dont les noms suivent :

1. *Section de médecine* : MM. Dieulafoy, Grancher, Legroux.

2. *Section de chirurgie* : MM. Berger, Pozzi, Marchand, Monod.

3. *Section d'accouchements* : M. Chantreuil.

4. *Section des sciences physiques, chimiques et naturelles* : MM. Bourgoin, Gay, de Lanessan.

— M. Gombaud, docteur en médecine, est nommé sous-directeur du laboratoire d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hayem, démissionnaire.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés chefs de clinique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon :

Clinique médicale : MM. Perret (François-Achille-Simon), né à Villefranche, le 8 septembre 1847, pour une période de deux ans; — Chauvet (Charles-François), né à Lyon, le 12 février 1851, pour une période d'un an.

Clinique chirurgicale : MM. Cordier (Jules-Sylvain), né à Montonne (Jura), le 25 novembre 1846, pour une période de deux ans; — Vincent (François-Eugène-Alexis), né à Voiron (Isère), le 17 août 1843, pour une période d'un an.

Clinique obstétricale : M. Contamin (Louis-François), né à Lyon, le 20 avril 1849, pour une période de deux ans.

Clinique ophthalmologiqne : M. Hocquard (Charles-Édouard), né à Saint-Nicolas (Meurthe), le 15 janvier 1853, pour une période de deux ans.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Carry (Charles-Amédée), né à Fernay (Ain), le 6 avril 1849, pour une période de deux ans.

Clinique des maladies mentales : M. Féa (Charles-Marie-Louis-Victor), né à Lyon, le 26 mars 1849, pour une période de deux ans.

École supérieure de pharmacie de Paris. — M. Gérard est nommé préparateur des travaux pratiques (1re année) à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Blarez.

M. Bourquelot est nommé préparateur des travaux pratiques de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Hariot.

— M. Barbier, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur des cours de chimie analytique et d'hydrologie-minéralogie à l'École supérieure de pharmacie de Paris (emploi nouveau).

M. Schmidt, bachelier ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur des cours de cryptogamie et de toxicologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris (emploi nouveau).

Errata. — Dans le numéro du jeudi 20 décembre (Académie de médecine, présentation de M. Tarnier), page 924, au bas, au lieu de : « Le rectum est mobile, lisez : Le *sacrum* est mobile. »

Etat sanitaire de la ville de Paris. — Population (recensement de 1876) : 1,988,806 habitants. — Pendant la semaine finissant le 20 décembre 1877, on a constaté 968 décès, savoir :

Fièvre typhoïde, 19 décès; — rougeole, 23; — scarlatine, 1; — variole, 0; — croup, 36; — angine couenneuse, 28; — bronchite, 43; — pneumonie, 66; — diarrhée cholériforme, 5; — choléra-nostras, 0; — dysenterie, 1; — affections puerpérales, 5; — érysipèle, 6; — affections aiguës, 235; — affections chroniques, 434 (dont 165 dus à la phthisie pulmonaire); — affections chirurgicales, 49; — causes accidentelles, 17.

Le gérant, Richelot.

Paris. — Imprimerie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On sait que M. V. Gerdy a légué à l'Académie une somme importante dont les intérêts devront servir à entretenir un élève en médecine, interne d'un hôpital de Paris ou des départements, à l'un de nos établissements d'eaux minérales. Cet élève doit être nommé au concours, et c'est l'Académie de médecine qui élit parmi ses membres les juges de ce concours.

Le premier de ces concours vient d'avoir lieu. Malheureusement l'étude de l'hydrologie ne paraît pas être en grande faveur parmi les élèves de nos Écoles, car un seul candidat s'est présenté. C'est ce qu'est venu annoncer à l'Académie M. Pidoux, président du jury, en rendant compte des épreuves que ce candidat a eu à subir et de la manière dont il les a subies. Ce candidat est M. Monnard, interne des hôpitaux de Lyon, qui, d'après le rapport de M. Pidoux, s'est acquitté de sa tâche de la manière la plus distinguée et à qui le jury, à l'unanimité, a accordé le bénéfice de la fondation Gerdy. L'Académie, comme on le pense bien, s'est associée par son vote au vote du jury.

Au nom de la commission des épidémies, M. Briquet, dont les années ne ralentissent ni l'ardeur ni le zèle, a commencé la lecture du rapport sur les épidémies pour l'année 1876.

Cette séance, comme toutes celles qui se tiennent en dehors des jours consacrés, a attiré peu d'académiciens et peu d'assistants.

CHIRURGIE

TROIS OBSERVATIONS D'OVARIOTOMIE,

Communiquées à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 octobre 1877,

Par le docteur POLAILLON,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de la Maternité.

OBS. I. — La nommée L..., âgée de 27 ans, est accouchée deux fois naturellement, en avril 1870 et 1875. Elle allaitait depuis plus d'un an son dernier enfant, lorsqu'elle s'aperçut,

FEUILLETON

CAUSERIES

Veuillez agréer, aimables lecteurs, mes vœux de fin et de commencement d'année. Que vos désirs s'accomplissent! Qui que vous soyez, dans quelque position que vous vous trouviez, vous désirez certainement quelque chose. La vie, en effet, n'est qu'un long désir. C'est le désir qui nous sollicite à vivre, c'est l'espérance de le voir s'accomplir qui nous soutient dans nos peines. Désirer, espérer; ajoutez : aimer et souffrir, voilà les conditions de l'humaine existence. De la présence constante du désir qui aussitôt satisfait est remplacé par un autre plus vif et plus pressant, vous savez quel argument on a tiré en faveur de la vie posthume. Mais vous n'accueilleriez peut-être pas des considérations de ce genre avec la même indulgence à laquelle vous m'avez habitué, et je les laisse au bout de mon *calamus scriptorius*. Et cependant, au milieu du débordement et de la propagande des froids et décourageants enseignements du matérialisme, les principes opposés font éprouver à l'esprit et au cœur cette sensation si charmante au voyageur arrivant à une fraîche et verdoyante oasis après une longue et pénible marche sur le sable aride et brûlant du désert.

Après l'expression de mes vœux les plus sincères pour votre bonheur, je voudrais bien trouver quelque chose à vous dire d'intéressant et d'actuel. Mais, de quelque côté de notre horizon médical que je tourne ma lorgnette, je ne vois rien, rien, rien.

Notre Académie de médecine se prépare pour sa séance annuelle, je veux dire pour ses séances annuelles au pluriel; car, afin de reprendre la marche habituelle de ces solennités, per-

en septembre 1876, que son ventre augmentait de volume. Elle se crut enceinte, sevra, et six semaines après vit ses règles revenir. Le ventre se développa beaucoup plus rapidement que sous l'influence d'une grossesse. Il était plus volumineux à gauche qu'à droite, et des douleurs se firent bientôt sentir dans la fosse iliaque et le flanc gauches. En décembre 1876, L... vint à la consultation de la Maternité; on reconnut un kyste de l'ovaire, gros environ comme un utérus à sept mois. Dans l'espace de trois mois, ce kyste prit un accroissement considérable et devint très-douloureux. Enfin la malade, ne pouvant plus supporter la gêne et les malaises qu'elle endurait, entra à la Maternité (salle Sainte-Marguerite) le 5 avril 1877.

Le ventre mesurait 112 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. Les membres inférieurs et la région sous-ombilicale des parois abdominales présentaient un gonflement œdémateux énorme. Les veines sous-cutanées de l'abdomen étaient très-développées. La peau du ventre était recouverte d'une rougeur inflammatoire produite par l'application réitérée d'une pommade irritante dans laquelle entrait de l'extrait de belladone. On avait voulu calmer, par ce moyen, les douleurs qui existaient presque sans discontinuité. La tumeur remontait jusqu'au-dessous de l'appendice xyphoïde. Elle était mate et fluctuante par places. Sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, on sentait une masse dure qui paraissait avoir le volume du poing. D'autres masses solides se rencontraient à gauche, au-dessous du rebord des fausses côtes. Le col utérin était déjeté en arrière et à droite. Il était dur, petit, fermé. Le corps de l'utérus était mobile. La paroi antérieure du vagin était déprimée par une poche fluctuante.

Le diagnostic fut : *Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.*

L'état général était assez alarmant ; mais tous les phénomènes morbides semblaient dépendre uniquement de la gêne mécanique produite par le volume de la tumeur. Les règles étaient irrégulières et revenaient à peu près tous les quinze jours.

Le 11 avril, nous pratiquons une ponction sur la ligne blanche, à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et nous retirons quatre litres d'un liquide épais, filant, ressemblant à une décoction d'amidon. Cette ponction amena une diminution notable de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Ovariotomie le 25 avril, en présence de MM. Horteloup et Gillette, chirurgiens des hôpitaux, de M. le docteur Leblond, de MM. Ribemont et Porak, internes, et de M. Lesage, externe des hôpitaux.

Dans cette opération, de même que dans les suivantes, M. Marion a fourni les instruments et le lit spécial qui permet d'opérer assis.

La patiente est endormie par le chloroforme, et le sommeil anesthésique a été complet pendant toute la durée de l'opération.

La paroi abdominale est incisée depuis l'ombilic jusqu'au pubis. Le bistouri rencontre une couche de tissu cellulaire infiltrée de sérosité, et dont l'épaisseur est d'environ 3 centimètres. Le péritoine est incisé sur la sonde cannelée et la face antérieure du kyste se présente entre les lèvres de la plaie.

---

turbée depuis l'année terrible, il est décidé que la prochaine séance annuelle sera double, et que les prix de 1876 et de 1877 seront proclamés dans cette séance. Grande besogne pour le secrétaire annuel chargé de concentrer dans des notices concises mais substantielles les nombreux rapports des commissions des prix. Mais vous verrez que dans le nombre et la variété même des sujets, l'éloquent et spirituel secrétaire annuel, M. H. Roger, trouvera des éléments de plus de charme et d'intérêt.

Un autre grand attrait de cette double séance consistera dans la reprise, par M. le secrétaire perpétuel, des *Eloges* des membres de l'Académie que la mort lui a ravis. Cette année, M. Béclard se propose de prononcer l'*Eloge* de Nélaton, grand et beau sujet qui inspirera certainement l'orateur officiel de l'Académie.

Ombre de notre grand et tant regretté Trousseau, tu dois avoir tressailli de bonheur en entendant proclamer le nom du premier externe nommé au concours de 1877! En effet, le jeune Trousseau, qui figure en tête de la liste de cette année, est le petit-fils du grand clinicien. C'est bien le cas de dire à ce jeune homme qui porte un si beau nom :

Macte animo, generose puer, sic itur ad astra.

Du reste, vous pouvez remarquer, dans les listes des externes et des internes nommés cette année, un assez grand nombre de noms appartenant à la famille médicale, tels que les Trousseau, les Oulmont, les Chauffard, les Guelliot, les Netter, les Desnos, les Piogey, et quelques autres sans doute dont je ne connais pas la filiation. Il y a peut-être là un motif d'espérance et de satisfaction. Si les familles médicales poussent leurs enfants vers la carrière, c'est que la carrière n'est pas absolument aussi ingrate qu'on le dit de ci de là. Il est vrai de dire aussi qu'il

Une première ponction ne donne issue qu'à une petite quantité de liquide filant, blanchâtre. Une deuxième ponction, faite dans un autre point, ne retire qu'un litre de liquide environ. Quelques adhérences entre la face antérieure du kyste et la paroi abdominale sont détruites avec le doigt. Des tractions légères montrent que l'incision est manifestement trop petite pour laisser sortir la tumeur que de nouvelles ponctions ne pourront sans doute pas beaucoup réduire. Elle est donc prolongée par en haut dans l'étendue de 5 centimètres. Une adhérence épiploïque large et étendue est saisie entre deux pinces en T et coupée. Quelques efforts d'extraction sont faits à l'aide de pinces fixées sur la paroi du kyste. Pendant ces efforts, un kyste profond se rompt, et son contenu s'échappe par l'une des ouvertures faites précédemment avec le trocart évacuateur. On comprime aussitôt les parois abdominales contre le kyste, et le liquide s'écoule en jet à l'extérieur sans pénétrer dans la cavité péritonéale, ou du moins sans y pénétrer en quantité notable. Le liquide qui fait ainsi irruption est blanc grisâtre et filant. Sa quantité ne peut être évaluée exactement. Elle paraît être de trois à quatre litres. Après cette évacuation, la tumeur est assez réduite pour pouvoir être attirée au dehors. Le pédicule est mince, assez long, très-vasculaire. Il est lié avec un fil de fer au-dessous d'une broche. Au-dessus de cette broche, on place encore une ligature fortement serrée avec quatre fils de chanvre réunis et cirés, et on détache la tumeur.

L'intestin, qui tend à sortir, est maintenu et protégé par des pièces de flanelle imbibées d'eau chaude.

Nous procédons à la ligature de plusieurs vaisseaux qui ont été coupés pendant le cours de l'opération et obstrués par des pinces à pression continue. Un vaisseau épiploïque est lié avec un fil de catgut et abandonné dans le ventre. L'épiploon, qui formait en haut une large adhérence étalée à la surface du kyste, est réuni en faisceau et lié avec un fil de chanvre. Deux autres portions d'épiploon adhérent près de l'extrémité inférieure de l'incision sont réunies en un seul faisceau et liées avec un fil de chanvre. En résumé, indépendamment du pédicule, nous avons deux faisceaux d'épiploon qui devront être fixés dans la suture.

Nous enlevons rapidement, avec des éponges montées sur des tiges métalliques, le sang qui s'est épanché dans les culs-de-sac du petit bassin. Cette toilette est rendue difficile par la tendance incessante des intestins à faire hernie.

La suture est faite de bas en haut. Cinq épingles à tête de verre servent à la suture profonde. Elles embrassent toute l'épaisseur de la paroi abdominale de chaque côté de l'incision et sont destinées à affronter les deux lèvres du péritoine. A mesure qu'une épingle est placée, un fil de chanvre est jeté au-dessous de ses extrémités et serré de manière à réunir exactement les surfaces saignantes. Entre les épingles de la suture profonde, cinq points de suture superficielle en fil d'argent sont placés. Toute la suture a été rendue difficile par l'épaisseur considérable de la paroi abdominale, qui était infiltrée de sérosité.

Une plaque de coton est collée sur la suture à l'aide d'une couche de collodion. Un bandage en flanelle est modérément serré autour du ventre. La patiente est portée dans son lit.

---

y a là des fils et des petits-fils de maréchaux de notre profession, et que ceux-là espèrent sans doute arriver aux mêmes rangs que leurs aïeux. Nous ne savons trop ce qui se passe à l'égard de l'hérédité professionnelle dans les rangs moins élevés de notre milice, et voilà ce qu'il serait très-intéressant de connaître au point de vue de la situation, prospère ou non, de la profession médicale en France. Ce serait là un critérium d'une grande valeur; mais comment se le procurer?

Voici le récit d'une exposition qui n'a pu avoir lieu que dans l'excentrique République américaine :

« A New-York s'est terminée, le 10 de ce mois, la singulière exposition (exposition particulière, bien entendu), qui a lieu, soit tous les ans, soit à des intervalles irréguliers, l'exposition de babys. Il y avaià des enfants de toute espèce, depuis le baby de quelques semaines seulement jusqu'à l'enfant de 3, 4 et 5 ans.

L'exposition, qui ne devait d'abord durer qu'un jour, s'est prolongée pendant une quinzaine, et l'on se demande comment les petits êtres, ainsi exhibés en spectacle, ont pu supporter ces longues séances dans une atmosphère épaisse, depuis dix heures du matin jusqu'à dix heures du soir!

Et pourtant on n'a pas eu à signaler, paraît-il, un seul cas de maladie parmi les jeunes concurrents; car il s'agissait, comme on le devine, d'un concours où les plus beaux enfants devaient être couronnés à la clôture de l'exposition.

La distribution des prix a eu lieu, en effet, le 11, dans la Steinway Hall, le lendemain de la fermeture de l'exhibition, qui a été visitée par 30,000 personnes environ.

Cette distribution a été quelque chose d'assez original, puisqu'on ne s'est pas contenté cette

L'opération a duré une heure un quart.

25 avril, six heures du soir. Douleur à la partie inférieure du ventre. Pouls à 104. Soif vive. Limonade glacée. Quelques cuillerées de potion de Todd. Trois piqûres sous-cutanées, avec une solution de chlorhydrate de morphine, faites pendant la soirée et la nuit (1 centigr. par piqûre), procurent plusieurs heures de sommeil.

26, dix heures du matin. Pouls à 120. Température, 38°. Soif vive. Langue sèche. Pas d'envies de vomir. Douleurs dans le ventre.

27 matin. La malade accuse des coliques très-vives une heure ou deux après l'ingestion d'un peu de lait ou d'une boisson quelconque. Le ventre n'est pas ballonné.

28. La nuit a été agitée. La malade a rendu une grande quantité de gaz par la bouche. Elle dit que son estomac est dégagé par suite de cette expulsion. La langue est moins sèche. Le facies est excellent. — Nous prescrivons du lait, du bouillon avec un jaune d'œuf, du vin de Bagnols avec eau de Seltz. Le bandage de corps est resserré sans regarder la plaie.

29. Tout le coton qui recouvre le ventre est enlevé, à l'exception des parcelles de coton qui ont été collées à la peau par le badigeonnage avec le collodion. A la partie inférieure de l'incision s'écoule un peu de liquide fétide, dû à la gangrène du pédicule, au-dessus de la ligature. Cette partie est lavée avec soin avec de l'eau phéniquée, et recouverte d'un tampon de coton imbibé avec le même liquide. Une épaisse couche de coton frais est replacée sur l'abdomen, et le bandage de corps est modérément serré. — État général bon.

30 avril. Trois épingles à tête de verre sont retirées, sans toucher à la cuirasse collodionnée qui recouvre l'incision. La broche du pédicule se détache.

Le soir, lavement émollient qui est rendu immédiatement avec une petite quantité de matières fécales.

1er mai. Le fil de fer et les fils de chanvre qui servaient à lier le pédicule tombent naturellement. Une épingle, celle qui était immédiatement située au-dessus du pédicule, est enlevée. — L'état général est toujours satisfaisant, quoique l'appétit ne soit pas très-vif.

2 mai. La dernière épingle, celle qui était située le plus près de la partie supérieure de l'incision, est retirée. Un fil d'argent de la suture superficielle est aussi enlevé. Un petit abcès s'est formé sur le trajet d'une épingle enlevée précédemment. La réunion immédiate a eu lieu sur presque toute l'étendue de l'incision.

3 mai. Deux points de la suture superficielle sont enlevés.

4 mai. Un quatrième point de suture est enlevé.

La malade a pris 20 grammes d'huile de ricin, mais n'a pu aller à la garde-robe.

5 mai. Lavement avec 50 grammes de miel mercurial. Évacuation abondante de matières alvines. A partir de cette purgation, l'appétit devient meilleur.

7 mai. Le dernier fil d'argent de la suture superficielle est enlevé. Jusqu'alors, la malade n'avait pu uriner sans être sondée. A partir du 7 mai, elle urine seule.

---

fois de couronner les enfants les plus remarquables, comme on le fait d'habitude : il avait été, cette année, introduit des innovations dans le programme. Ainsi, des prix avaient été réservés pour la mère reconnue comme la plus jolie ; pour les mères ayant des jumeaux ; pour celles qui avaient mis au monde trois enfants, etc.

Le premier prix accordé à la mère jugée la plus jolie, consistait en une montre d'or ; semblable récompense a été décernée à une autre mère, dans les mêmes conditions, mais qui n'avait paru que pendant la seconde semaine de l'exposition. Les deux dames qui se sont avancées sur l'estrade pour recevoir le prix adjugé à la beauté, étaient, paraît-il, la première une blonde aux cheveux châtains, aux yeux doux ; l'autre, une brune piquante avec des yeux et des cheveux d'un noir brillant.

Les récompenses distribuées aux plus beaux enfants venaient ensuite. Naturellement, ce sont les mères qui reçoivent les prix. Le premier prix offert à la mère ayant eu l'honneur de mettre au monde l'enfant le plus gros et le mieux portant consistait en un collier de diamants. Mais ce qu'il y a d'original dans cette distribution déjà fort originale par elle-même, c'est qu'après avoir primé l'enfant qui pesait le plus, on a primé l'enfant qui pesait le moins. La mère d'un enfant de ce genre a reçu une bague en diamants.

Deux mères ont été couronnées dans la personne de leurs enfants, venus au monde au nombre de trois ; d'autres pour avoir donné naissance à des jumeaux.

Enfin, cette fête américaine s'est terminée par l'offrande d'un prix à la plus jeune mère du concours. Quand cette jeune mère de 17 ans est retournée à sa place auprès de son époux, aussi jeune qu'elle, elle était plus riche de 10 dollars (50 fr.), ayant reçu comme prix un billet de cette valeur ; les cris du baby qu'elle portait sur ses bras ont été, en même temps que les applaudissements de l'assistance, couverts par la musique, aux sons de laquelle la foule s'est

Pendant les jours suivants, les points bourgeonnants de l'incision sont pansés tous les deux ou trois jours avec du coton imbibé d'une solution phéniquée au 50ᵉ.

Le 10 mai, la malade s'asseoit sur son lit.

19 mai. La malade se lève et reste assise dans un fauteuil pendant une heure.

22 mai. La malade commence à marcher.

3 juin. Apparition des règles, qui durent trois jours, sans douleurs lombaires ni abdominales.

L'incision est complétement cicatrisée, excepté au niveau du pédicule, où il reste encore une surface bourgeonnante grande comme la moitié d'une pièce de 50 centimes. La hauteur totale de la cicatrice de l'incision est de 9 centimètres.

8 juin. L'opérée, complétement guérie, sort de la Maternité. Nous lui recommandons de porter pendant quelque temps une ceinture abdominale en coutil.

Depuis cette époque, Mme L... est venue nous voir. Elle a pris de l'embonpoint, et *ne s'est jamais si bien portée,* d'après son dire.

Obs. II. — Mme Let..., âgée de 30 ans, a toujours joui d'une parfaite santé. Depuis plusieurs mois, elle a vu son ventre prendre de l'accroissement et lui occasionner de la gêne, sans douleurs. Comme cette dame était entravée dans ses occupations par la tumeur qu'elle portait, elle vint consulter M. Tarnier, dans le courant du mois de mai 1877, sur l'opportunité d'une opération. M. Tarnier eut l'obligeance de m'appeler pour examiner avec lui cette dame. Nous reconnûmes un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, notablement plus gros qu'un utérus à terme, avec une grande poche fluctuante située en haut et en avant, derrière la paroi abdominale, et des masses solides appréciables par le toucher vaginal. Comme il n'y avait jamais eu de douleurs abdominales pouvant indiquer l'existence de péritonites partielles, il était probable qu'il n'y avait pas d'adhérences. L'ovariotomie fut décidée comme étant le seul moyen de guérison.

Je fus chargé de pratiquer l'opération, qui eut lieu le 21 juin 1877, à la maison de santé du docteur Laborde (avenue du Roule, 34), en présence de MM. Tarnier et Lucas-Championnière, chirurgiens des hôpitaux, des docteurs Leblond et Laborde, et de M. Ribemont, interne de la Maternité.

La patiente est complétement chloroformée.

Incision depuis le pubis jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dans l'étendue de 12 centimètres environ. Le tissu cellulaire sous-cutané est chargé de graisse et forme une couche épaisse. La ligne blanche est incisée. Le péritoine est ouvert sur la sonde cannelée. Il s'écoule une petite quantité de sérosité péritonéale.

La face antérieure du kyste se présente entre les lèvres de la plaie. Il est ponctionné avec le gros trocart communiquant avec le flacon aspirateur. On retire environ quatre litres d'un liquide brunâtre, un peu visqueux. La canule est enlevée et une grosse pince à ovariotomie

---

écoulée, comme le raconte le *New York Herald*, à qui nous empruntons les détails de cette relation. »

La table des matières du volume semestriel me prend tout ce qui me resterait de papier blanc à remplir, et je vous le dis dans le tuyau de l'oreille, je n'en suis pas trop fâché. « Tout ce qu'on coupe n'est pas sifflé », disait Scribe ; à plus forte raison ce qu'on n'écrit pas. Permettez-moi seulement, aimables lecteurs, de m'adresser un souhait à moi-même : c'est que vous jetiez les yeux sur ce millier de pages si bien remplies et si compactes que nous vous offrons tous les six mois ; que vous jetiez un simple coup d'œil sur notre table de matières si riche; que vous témoigniez votre satisfaction de nos efforts en renouvelant votre souscription, et que vous fassiez un peu de propagande en faveur de votre ami sincère et bien dévoué,

Dr Simplice.

Éphémérides Médicales. — 29 Décembre 1651.

—

La Faculté de médecine de Paris décrète qu'il y a lieu de publier une seconde édition du *Codex medicamentarium,* mais expurgée de plusieurs erreurs qui s'étaient glissées dans la première. Elle nomme pour cela une commission qui se trouve composée ainsi :

Jean Riolan, Jacques Perreau, Jean Merlet, Richard Moreau, François Boujonier, Antoine Charpentier, Charles Guillemeau, Gilbert Puylon, Jacques Montel, François Blondel, Jean Piètre, Toussaint Fontaine, Claude Perrault ; plus, le doyen et le censeur. — A. Ch.

bouche l'ouverture de la ponction. La paroi du kyste est attirée au dehors ; bientôt la masse tout entière cède et sort par l'incision. Une anse intestinale fait hernie; on la réduit aussitôt et on maintient l'intestin avec une pièce de flanelle imbibée d'eau chaude.

Le pédicule est formé par le ligament large droit. Nous le transperçons avec une broche, au-dessous de laquelle un fil de fer est serré avec le serre-nœud de Cintrat. Puis le pédicule est sectionné à 1 centimètre au-dessus de la broche.

La toilette du péritoine nous arrête peu de temps, car tout s'est passé si simplement qu'il n'y a pas eu d'adhérences à couper, qu'il ne s'est écoulé qu'une très-petite quantité de sang, et qu'il n'y a pas de ligature de vaisseau à faire. Une petite éponge montée sur une tige est introduite dans le cul-de-sac recto-vaginal, et retirée sans qu'elle soit imbibée de sang.

La suture profonde est faite à l'aide de trois épingles à tête de verre, placées de bas en haut, l'une au-dessus du pédicule, l'autre au milieu de l'incision, et la troisième entre celle-ci et l'extrémité supérieure de l'incision. La suture superficielle comprend cinq points de suture métallique. Un plaque de coton, recouverte de collodion, est collée sur la paroi abdominale et la suture. Une épaisse couche de coton est appliquée sur le ventre et maintenue par une ceinture de flanelle.

La patiente est réveillée et placée dans son lit.

L'opération a duré en tout une demi-heure.

21 juin, 9 heures du soir. Pouls à 84. Température normale. Quelques douleurs au niveau de l'incision. L'opérée se plaint surtout d'une douleur au sacrum, qui appuie sur un lit trop dur. Il a été nécessaire de pratiquer le cathétérisme vésical.

22 juin, 11 heures du matin. Pouls à 80. La malade a dormi très-paisiblement jusqu'à trois heures du matin. Elle prend avec plaisir une tasse de bouillon avec un jaune d'œuf. Cathétérisme vésical.

23. État très-satisfaisant. La malade prend des aliments liquides.

24. L'épingle supérieure de la suture profonde est enlevée. Cette extraction cause une douleur vive, mais passagère. Une nouvelle couche de coton est placée sur le ventre.

26. La deuxième épingle, celle qui est située à la partie moyenne de l'incision, est enlevée. Cette extraction est beaucoup moins douloureuse que la précédente. L'opérée est gaie, et n'a pas eu un instant de fièvre depuis l'ovariotomie. Elle prend des potages, du lait, du bouillon, du vin de Bordeaux ; mais *elle a peur de manger des aliments solides, dans la crainte d'être obligée d'aller à la garde-robe.* Des repas plus substantiels avec de la viande lui sont prescrits.

27. Ablation de la troisième et dernière épingle profonde, et de deux points de suture superficielle.

28. Ablation d'un fil d'argent de la suture superficielle. La couche de coton collodionné est retirée. La réunion par première intention a été obtenue dans toute l'étendue de l'incision; la section du pédicule suppure seulement un peu. Pansement avec une couche de coton imbibé d'eau phéniquée (à 2,50 pour 100). Un peu de catarrhe vésical.

30. Apparition des règles. Ablation d'un quatrième fil d'argent.

1er juillet. La broche du pédicule se détache spontanément. Une garde-robe.

2. Ablation du dernier fil d'argent, le plus inférieur.

6. Le fil de fer du pédicule tient encore très-solidement. La malade s'asseoit sur son lit.

8. La malade se lève et s'asseoit dans un fauteuil.

11. Premier essai pour marcher. Quand Mme Let... est debout, elle ressent non pas une douleur, mais un tiraillement dans le bas-ventre quand elle veut se redresser complétement, ce qui la force à marcher un peu courbée en avant. En effet, le fil de fer du pédicule tient toujours, et c'est ce fil de fer qui produit le tiraillement indiqué.

20. Le fil de fer se détache spontanément, et le trajet qui lui livrait passage se cicatrise rapidement.

A la fin du mois de juillet, Mme Let... quitte la maison de santé, complétement guérie, n'éprouvant aucune douleur dans le ventre, et avec une cicatrice linéaire qui ne mesure pas plus de 7 centimètres de hauteur.

Obs. III. — La nommée D... (Rosine), âgée de 17 ans et demi, entre, le 29 septembre 1877, à la Maternité, pour y accoucher, Comme la grossesse ne se présentait pas avec ses signes normaux, on la plaça dans le service de chirurgie, salle Sainte-Adélaïde.

Cette jeune fille, menstruée à l'âge de 14 ans et demi, n'avait jamais eu d'époques régulières. En juin dernier, elle éprouva, sans cause connue, des douleurs vives dans la fosse iliaque et le flanc droits, douleurs qui s'étendirent bientôt à tout l'abdomen. En même temps, elle eut des nausées et des vomissements. Ces accidents l'obligèrent à garder le lit pendant près d'un mois. Lorsqu'elle put se lever, elle fut frappée du développement qu'avait pris son ventre. Il lui semble que la tumeur a commencé à gauche pour envahir ensuite tout l'abdomen.

Les règles s'étaient supprimées en même temps que les premiers accidents morbides s'étaient montrés. Aussi la jeune malade se crut enceinte.

L'abdomen, régulièrement développé, avait une forme ovoïde. Il mesurait 1 mètre 16 cent. au niveau de l'ombilic. La tumeur était mate et fluctuante en avant et latéralement. La palpation rencontrait des masses dures, en haut au niveau de la région épigastrique, en bas dans le flanc gauche, où la pression même très-légère développait une vive douleur. Le col utérin était petit et dur; il regardait à gauche et en bas; le corps était mobile et refoulé en arrière et à droite. La paroi antérieure du vagin était déprimée et la fluctuation se transmettait très-facilement à cette paroi quand on percutait l'abdomen.

L'état général était mauvais. A un grand amaigrissement se joignaient un état fébrile lent sans frissons, la perte de l'appétit, une dyspnée extrême et de l'œdème des membres inférieurs. La peau avait une teinte terreuse très-prononcée. La faiblesse était si grande que la malade ne pouvait presque plus quitter le lit.

En présence de ce kyste qui avait pris un accroissement énorme dans l'espace de trois mois; en présence aussi des phénomènes morbides qu'il produisait et qui épuisaient la patiente, nous résolûmes d'agir promptement.

Nous avions bien évidemment affaire à un kyste multiloculaire, avec une poche beaucoup plus développée que toutes les autres.

Le 6 octobre, ponction avec un long et fin trocart sur la ligne médiane, à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Nous retirons huit litres d'un *liquide purulent*. Après l'affaissement partiel du ventre, nous reconnaissons, plus clairement que nous ne l'avions pu faire jusqu'alors, qu'il y avait d'autres kystes et une masse dure dans le flanc gauche.

L'*ovariotomie* est faite le 11 octobre 1877, avec l'assistance de MM. Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, Le Blond, Ribemont, Porack, Brivois.

La malade est revêtue d'un long peignoir en flanelle et de grands bas en flanelle remontant jusqu'au pli de l'aine. Elle est chloroformée dans son lit et apportée endormie sur un brancard dans la salle où elle doit subir l'opération et séjourner après l'ablation du kyste.

Tout est prêt pour la recevoir. Elle est placée sur le lit spécial de l'ovariotomie, et l'opération commence à neuf heures et demie.

Une incision est pratiquée sur la ligne médiane à partir de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis. L'incision passe sur la piqûre de la ponction faite quatre jours auparavant. Elle est faite méthodiquement, couche par couche, en s'aidant de la sonde cannelée. Quelques vaisseaux ouverts sont saisis avec des pinces à pression.

Arrivé sur le kyste, on trouve, tout à fait à la partie inférieure, une petite quantité de sérosité péritonéale qui s'écoule. Entre la face antérieure du kyste et la paroi postérieure de l'abdomen, on rencontre une grande quantité d'adhérences molles, faciles à déchirer avec les doigts. La face antérieure du kyste est pour ainsi dire collée à la paroi abdominale par ces adhérences molles. En introduisant la main de chaque côté dans la cavité abdominale, je détruis ces adhérences. Le péritoine pariétal est très-vasculaire, et la déchirure des adhérences produit un écoulement de sang en nappe. Comme cet écoulement n'était pas très-abondant, et comme il m'était impossible de l'arrêter soit en plaçant des pinces, soit en plaçant des ligatures, je poursuis l'opération. Je ponctionne la poche séro-purulente.

Comme l'incision a une trop petite étendue pour laisser passer la masse du kyste, je la prolonge par en haut jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La partie supérieure de la tumeur apparaît alors à la vue; c'est un grand kyste à paroi très-mince; je le ponctionne par la même ouverture que celle que j'ai déjà pratiquée. Il s'écoule une grande quantité de liquide clair comme de l'eau de roche. La totalité du liquide évacué par la ponction est de sept litres et demi.

La masse de la tumeur est alors considérablement amoindrie. Il n'y a pas d'adhérences viscérales ni épiploïques. On peut l'attirer au dehors et la renverser complétement en avant en la sortant de la cavité abdominale. Le pédicule est mince et lamelliforme. On aperçoit la trompe gauche qui rampe à sa surface. Deux broches sont placées en croix à travers le pédicule. Au-dessous des broches un fil de fer est serré avec le serre-nœud de Cintrat; et au-dessus, un autre fil de fer est serré de la même manière. Le pédicule est coupé au-dessus de ce dernier.

L'hémorrhagie en nappe de la surface du péritoine pariétal continuait à se produire. Dans un point qui semblait donner plus abondamment, une ligature en catgut fut placée; mais il aurait fallu placer plus de vingt-cinq ou trente ligatures semblables pour tarir la source du sang. Je touchai différents points saignants avec une tige de bois trempée dans du perchlorure de fer pur, sans beaucoup de succès. Ces moyens étant inefficaces, je pensai qu'en adossant le péritoine sur une très-large surface, je tarirais en grande partie la source de l'hémorrhagie. La flaccidité et la minceur des parois abdominales se prêtaient à cet adossement. Une longue

épingle à tête de verre fut donc placée au milieu de l'incision, dans le point qui donnait le plus; elle comprit dans l'adossement du péritoine environ 4 centimètres de cette membrane de chaque côté. Un fil de chanvre très-fortement serré rapprocha les deux lèvres de la plaie. Après ce premier point de suture profonde, l'écoulement sanguin fut notablement amoindri. Après avoir rapidement enlevé le sang et les petits caillots qui recouvraient la surface de l'intestin et épongé avec de l'eau phéniquée, je plaçai une seconde épingle profonde entre l'extrémité supérieure de l'incision et l'épingle déjà posée. Même rapprochement énergique des lèvres de l'incision avec un fil de chanvre.

A partir de ce moment, l'hémorrhagie ne fut plus gênante. J'enlevai rapidement, mais non minutieusement, avec des éponges phéniquées, le sang et les caillots qui se trouvaient dans les culs-de-sac recto-vaginal et vésico-utérin du péritoine. Une troisième épingle à tête de verre fut placée au-dessus du pédicule et une autre au-dessous. En tout quatre épingles de suture profonde. Je complétai la réunion de la plaie en plaçant huit sutures superficielles en fil d'argent. La section du pédicule fut touchée avec du perchlorure de fer pur. Une bandelette de toile fut placée de chaque côté, sous les têtes et les pointes des épingles. Une couche de ouate collée avec du collodion fut étendue sur toute l'incision. Puis on plaça un bandage de corps, et la patiente fut portée dans son lit.

L'opération avait duré environ une heure.

Les suites furent très-simples. Douleurs vives au niveau du pédicule pendant les deux premiers jours. Le pouls était très-fréquent, 120 à 130 pulsations; mais cette fréquence était produite par l'émotion qu'éprouvait l'opérée toutes les fois que le chef de service ou l'interne venait la visiter. La température se maintint à 37° ou 37°,5.

15 octobre. Une épingle profonde est enlevée.

17. Près du pubis, le coton est imbibé d'un liquide purulent qui suinte du pédicule et donne une mauvaise odeur. Trois épingles profondes sont retirées. Toute la ouate collodionnée est enlevée. La peau est bien lavée avec de l'eau phéniquée au 50e. Les bords de l'incision ont été réunis par première intention. Le ventre est plat et indolent. Près de l'extrémité inférieure de l'incision, la peau est un peu rouge. L'état général de la malade est très-satisfaisant. Elle urine seule et a une première garde-robe dans la soirée.

19. Léger malaise : la nuit a été sans sommeil; ténesme vésical; envies fréquentes d'aller à la selle et expulsion d'une petite quantité de matières fécales. Cependant l'appétit reste bon.

Les broches et le fil de fer supérieur du pédicule ne tiennent plus que par des filaments de tissus mortifiés, que je sectionne. Au-dessous du pédicule s'est formé un petit abcès de la paroi abdominale, ce qui explique le malaise général. Un point de suture superficielle est enlevé. Pansement avec la gaze phéniquée et le coton.

Un lavement émollient, pris dans la journée, est suivi d'une abondante évacuation.

20. Tout malaise a disparu.

22. Pansement. L'abcès de la paroi s'est ouvert. Le fil de fer profond du pédicule se détache spontanément. Les sept points de suture superficielle sont ôtés. Au niveau du pédicule existe une petite surface bourgeonnante qui suppure un peu. Les points d'entrée et de sortie des quatre épingles profondes sont marqués par une très-petite ulcération circulaire, qui donne quelques gouttes de pus. L'état général est excellent.

25. Pansement. L'opérée s'assoit sur son lit pour prendre ses repas.

29. Pansement. L'appétit est très-vif et la malade le satisfait abondamment.

3 novembre. Tout est cicatrisé, excepté deux petits points, l'un au niveau de l'ombilic, l'autre au niveau du pédicule. Je donne la permission de se lever et de s'asseoir dans un fauteuil.

8. L'opérée se lève et marche.

La guérison est complète. La nommée D... est restée à la Maternité comme fille de service.

Dans les trois observations précédentes, l'examen de la tumeur enlevée a montré que l'on avait affaire à cette altération de l'ovaire qui a été si souvent décrite sous le nom de kyste multiloculaire.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 décembre 1877. — Présidence de M. PÉLIGOT.

M. le secrétaire perpétuel annonce à l'Académie la mort de M. Ruhmkorff, et le bureau est d'avis que cette mort fera l'objet d'une insertion aux comptes rendus, en considération

des grands services que M. Ruhmkorff a rendus à la science. M. Faye croit devoir porter un témoignage public de reconnaissance envers ce savant dont les ateliers, les instruments et la précieuse collaboration ont toujours été mis libéralement à sa disposition pour toute espèce de recherches.

M. Cailletet, récemment élu membre correspondant, adresse une lettre de remerciement.

M. J. Bertrand fait hommage, au nom de l'auteur, M. Vinot, de la 13e année du *Journal du ciel.*

M. Dumas dépose sur le bureau une note de M. Balbiani relative à la différence du phylloxera du chêne et du phylloxera de la vigne; puis il signale, d'après plusieurs correspondants, l'extension du fléau dans les provinces du sud-ouest de la France. Il semble que les sulfo-carbonates, d'abord très-vantés, n'ont donné, jusqu'à présent, que des résultats médiocres, sinon tout à fait contestables. M. Dumas présente encore un volume de M. Maurice Girard sur les abeilles.

M. Raoul Pictet, par une lettre en date du 24 décembre courant, annonce qu'il a obtenu, le 22 de ce mois, à huit heures du soir, la liquéfaction de l'oxygène, sous la pression de 320 atmosphères et à la température de 140 degrés au-dessous de zéro. La description de l'appareil dont s'est servi M. Raoul Pictet est trop compliquée pour pouvoir être comprise sans figure; qu'il nous suffise de dire qu'on obtient ces abaissements extrêmes de température en combinant l'action de l'acide sulfureux liquide, sur l'acide carbonique également liquide; mais surtout par la détente du gaz comprimé. Il y a, dans le moment de l'expansion, une soustraction énorme et subite du calorique latent, qui peut, selon Faraday, abaisser de 200 degrés la portion du gaz restant dans l'appareil.

Toujours est-il qu'il ne reste plus que l'hydrogène et l'azote à l'état de gaz irréductibles. C'est un événement scientifique d'une importance considérable.

M. Cailletet écrit à ce propos qu'en agissant sur l'oxygène à la température de l'acide sulfureux liquide, c'est-à-dire à 29° au-dessous de zéro, et sous la pression de 300 atmosphères, et, de plus, en faisant intervenir la détente, il n'a obtenu que des buées, une sorte de brouillard dans le tube de verre où était renfermé l'oxygène. Mais ces buées étaient le signe certain qu'une partie du gaz était liquéfié. Aussi, M. Cailletet, dans un pli cacheté, déposé par M. Henri Sainte-Claire Deville, le 3 de ce mois, pouvait-il annoncer qu'il était parvenu à liquéfier, si ce n'est même à solidifier l'oxygène.

C'est ce que tient à bien établir M. Sainte-Claire Deville qui, tout en félicitant M. Raoul Pictet du résultat obtenu, fait remarquer que la méthode employée par ce dernier est celle même qui a été suivie et exposée par M. Cailletet. Il ne veut diminuer en rien le mérite de M. Raoul Pictet, dont il apprécie autant que personne les travaux, et à l'obligeance de qui il est personnellement redevable. Ainsi, dans ce moment même, M. Deville a quelquefois besoin, pour certaines recherches, de 2 ou 300 kilogrammes de glace d'eau distillée, et, grâce à ses appareils puissants de réfrigération, M. Raoul Pictet les met gracieusement et gratuitement à sa disposition chaque fois que requête lui en est adressée. Mais, enfin, il doit rappeler que M. Cailletet a liquéfié tout récemment le bioxyde d'azote, et qu'il avait annoncé qu'il continuait ses tentatives sur les autres gaz; qu'il pouvait espérer qu'on lui laisserait le temps de mener à bonne fin ses expériences commencées depuis plusieurs années. M. Cailletet a installé, à côté de sa forge, à Châtillon-sur-Seine, un laboratoire de recherches rempli d'instruments de précision vraiment admirables et infiniment précieux. C'est ainsi que, pour mesurer les pressions, il a fait descendre dans un puits de mine un tube de mercure haut de 150 mètres. Il ne veut marcher que pas à pas et après avoir assuré, avec la dernière rigueur scientifique, chacun de ses pas. M. Deville ajoute que M. Cailletet n'a pas jugé convenable d'entretenir l'Académie de sa réussite sur l'oxygène, constatée dans une expérience à l'Ecole normale supérieure, en présence de plusieurs professeurs et de membres de l'Académie des sciences, parce qu'il était candidat à cette Académie, et qu'il aurait craint de lui manquer de respect en la forçant, pour ainsi dire, de le juger sur des travaux du jour, en voie d'exécution. Puis, il adjure M. Jamin de dire ce qu'il en pense.

M. Jamin, ainsi mis en demeure, déclare « bien volontiers » que la présence de brouillards dans le tube de verre, au moment de la détente de l'oxygène, est la preuve incontestable que le gaz a été liquéfié ou solidifié; que, par conséquent, M. Cailletet a certainement résolu le problème.

M. Dumas fait remarquer que la complication et la parfaite disposition de l'appareil de M. Raoul Pictet montrent bien qu'il n'a pas été improvisé, mais qu'il a dû être, au contraire, longuement médité et cherché. Tout indique que les travaux des deux savants ont été indépendants, et le mieux est de leur laisser à tous deux la gloire complète du succès, en applaudissant à leur réussite simultanée.

Applaudissons donc, *plaudamus, cives!* Pour mon compte, cela m'est d'autant plus agréable

que l'un des deux inventeurs est mon compatriote. Mais je trouve que la théorie de M. Henri Deville pousse loin les scrupules, et, s'il faut l'avouer, je ne comprends guère qu'un candidat n'ose pas annoncer le résultat heureux de ses recherches. Il y a là un raffinement de délicatesse très-contestable comme tous les raffinements, et qui, dans tous les cas, ne me paraît pas en situation. — M. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 décembre 1877. — Présidence de M. Bouley.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande de M. le préfet du Calvados, à l'effet d'obtenir une récompense pour Mlle Bisson, qui apporte un zèle remarquable à propager la vaccine dans le département.

2° Le rapport général du médecin-inspecteur des eaux d'Andabre et du Cayla (Aveyron) pour l'année 1877.

3° Un rapport de M. le préfet de la Somme, sur les épidémies de 1876.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Bouffé, sur le traitement de la diphthérie.

2° Un dessin adressé par M. le docteur Barbier, de Marseille-le-Petit (Oise) et représentant un nouvel appareil pour les fractures de cuisse, avec une légende explicative.

—

M. le Secrétaire perpétuel présente, de la part des auteurs :

Le rapport fait, au nom de l'Académie de médecine, par M. Blot, à M. le ministre du commerce, sur les vaccinations de 1875. C'est un beau volume, qui est, en ce moment, en distribution à la bibliothèque.

Deux volumes contenant le compte rendu des travaux du Congrès d'hygiène, de sauvetage et d'économie sociale, tenu à Bruxelles en 1876 ; M. Laussedat représentant la France.

Un exemplaire des archives départementales des Hautes-Alpes, publiées par les soins du ministre de l'intérieur.

Tous les départements adressent à l'Académie ces archives, qui contiennent des documents précieux sur l'hygiène publique.

Un mémoire de M. Husson, pharmacien à Toul, sur les falsifications du beurre.

Un travail de M. le vétérinaire Tanguy, sur les épizooties du Finistère.

M. Bergeron offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Anatole Manouvriez (de Valenciennes), une brochure sur l'anémie des mineurs, qu'il propose de nommer plus justement « Anémie des houilleurs », attendu que les gaz hydrogènes carburés, dégagés dans les fosses d'extraction de la houille, impriment à cette anémie ses caractères spécifiques.

M. Larrey dépose sur le bureau, de la part de M. Bérenger-Féraud, le deuxième volume du *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal* ; — deux brochures de M. le docteur Armieux, sur les eaux de Baréges ; — le compte rendu des travaux de la Société de médecine de Strasbourg.

M. Briquet dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Mignot, de Chantelle, intitulée : *Des Accidents.*

—

M. le Président annonce que le comité secret de mercredi prochain sera consacré à l'audition de la lecture du rapport de M. Hillairet, sur les candidatures pour la section d'hygiène.

Sur les observations de MM. Fauvel et Bergeron, la lecture de M. Hillairet est renvoyée au mardi 8 janvier.

—

M. Pidoux donne lecture du rapport du concours Vulfranc Gerdy. Un seul candidat s'est présenté, M. Monnard, ancien interne des hôpitaux de Lyon, maintenant délégué à Saint-Étienne. La composition écrite, pour laquelle trois heures lui étaient accordées, avait pour objet :

Les fonctions de la peau : le psoriasis ; la question orale (vingt minutes de préparation, — et vingt minutes d'exposition) était ainsi formulée : Des divers états du soufre dans les eaux minérales. — De la sulfhydrométrie.

M. le rapporteur conclut que le candidat a satisfait à toutes les conditions du concours, et qu'il mérite l'approbation de l'Académie. — Cette approbation, mise aux voix, est accordée.

M. Pidoux ajoute qu'il a reçu une lettre de M. Vidal, inspecteur des eaux d'Aix, demandant

que M. Monnard, qui a commencé ses recherches hydriatiques sous ses auspices et sous sa direction, soit attaché à l'établissement d'Aix.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que cette désignation de la localité est du ressort exclusif de la commission du concours.

M. BRIQUET donne lecture du rapport de la commission sur les épidémies de 1876.

L'Académie procède à l'élection des commissions permanentes pour l'année 1878 :

Épidémies : MM. Gueneau de Mussy et Jaccoud.

Vaccine : MM. Oulmont et Devilliers.

Remèdes secrets : MM. Planchon et Jolly.

Eaux minérales : MM. Chevallier et Poggiale.

Comité de publication : MM. Dechambre, Richet, Verneuil, Magne et Latour.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

JOURNAL DES JOURNAUX

De la nature de certaines manifestations morbides survenues pendant le rhumatisme, et en particulier de la PLEURÉSIE RHUMATISMALE, par M. SEUX fils. — Après avoir montré avec raison la grossière erreur des écrivains allemands, et de Niemeyer en particulier, qui placent le rhumatisme, au point de vue nosologique, parmi les maladies de l'appareil locomoteur et non dans la classe des maladies constitutionnelles, l'auteur passe en revue les diverses manifestations viscérales de la diathèse rhumatismale.

La *pneumonie* est plus fréquente que certains auteurs et parmi eux Jaccoud, le supposent. Mais la pneumonie rhumatismale est rarement une pneumonie franche avec râles crépitants, bronchophonie, souffle tubaire, etc. Le plus ordinairement, il s'agit de ces pneumonies bâtardes avec légère matité, crachats peu caractéristiques, râles muqueux. Souvent il ne s'agit que d'un simple état congestif (différent de l'hypostase parce qu'il est unilatéral et se présente aussi bien vers le haut ou le milieu du poumon que vers la base), ou du premier degré de la pneumonie qui, dans la majorité des cas, ne sera pas franchi. D'autres fois, comme Trousseau en signale des exemples dans sa clinique, c'est une pneumonie franche qui se déclare avec tout son cortége classique de symptômes, et qui disparaît quelquefois un jour ou deux après son apparition, en même temps que se manifestent les symptômes de fluxions articulaires.

La *péritonite rhumatismale* est d'une rareté telle que l'on peut douter de son existence. Il importe de ne pas la confondre avec le rhumatisme des intestins, de la vessie ou des parois abdominales.

Les MANIFESTATIONS PLEURALES auxquelles peut donner lieu le rhumatisme se groupent sous les quatre chefs suivants :

1° *Pleurésies de voisinage* (produites par la péricardite); elles n'ont rien à voir avec le rhumatisme; — 2° *pleurésies produites par le froid* ; elles n'ont de commun avec le rhumatisme que la cause, elles ne sont pas rhumatismales; — 2° *pleurésies par métastase;* survenant au moment de la disparition *définitive* du rhumatisme, elles ont ce dernier pour cause première, mais ne sont nullement influencées par lui. La fluxion pleurale, une fois produite, suit le cours habituel et les allures de la pleurésie simple; — 4° *pleurésies rhumatismales*; elles sont les vraies localisations du rhumatisme sur la plèvre.

1° Les pleurésies de voisinage, celles qui succèdent à une péricardite, sont unilatérales et existent du côté gauche quand elles sont consécutives à la propagation de l'inflammation péricardique à la plèvre; l'épanchement pleural peut être et il est le plus souvent double quand il est dû à une réaction du cœur malade sur la circulation générale. Il résulte, en effet, du travail récent de M. Franck sur les troubles circulatoires produits par les épanchements du péricarde, que ces épanchements gênent l'afflux du sang dans les oreillettes droite et gauche, et, apportant un obstacle au déversement du système veineux général dans l'oreillette droite, donnent lieu à l'œdème des tissus et à des hydropisies variées. Parmi ces hydropisies, il faut citer celles des plèvres. Par conséquent, il ne s'agit pas, dans ces cas rares, d'une véritable pleurésie, mais plutôt d'un hydrothorax. Donc, dans un cas, il s'agit d'une pleurésie véritable limitée au côté gauche et succédant à une péricardite; dans l'autre, celle-ci n'a produit qu'un hydrothorax sans caractère inflammatoire, ordinairement bilatéral. Dans les deux cas, le rhumatisme n'est pour rien dans la production des épanchements pleuraux qui n'empruntent à la diathèse ni son procesus congestif ou inflammatoire, ni son caractère spécifique.

2° Les rhumatisants possèdent une aptitude spéciale à contracter des maladies *à frigore*, par suite de leurs sueurs si abondantes et de leur difficulté de réagir contre le froid; ce qui est dû à l'état de faiblesse dans lequel ils sont souvent plongés. Les pleurésies contractées sous cette influence se conduisent comme les pleurésies franches, et elles se reconnaissent d'après la cause qui les a produites.

3° Les pleurésies métastatiques sont celles qui, succédant à la fluxion articulaire, ne sont plus remplacées par elle; elles ont les allures d'une pleurésie simple, et non d'une pleurésie rhumatismale, quoiqu'elles soient produites par le rhumatisme. La pleurésie métastatique remplace la fluxion articulaire et lui survit.

4° Les trois variétés de pleurésies étudiées précédemment sont des *pleurésies du rhumatisme* bien différentes de la véritable *pleurésie rhumatismale*. Celle-ci a pour caractères d'être soudaine dans son apparition comme dans sa disparition, et d'osciller d'une plèvre à l'autre. Sous le rapport de la marche, elle obéit à l'un des trois types suivants :

a. Pleurésie passant rapidement d'une plèvre à l'autre, comme si la maladie était soumise à un véritable mouvement de bascule;

b. Pleurésie n'occupant que l'une des plèvres, mais brusquement survenue et non moins brusquement disparue;

c. Pleurésie rapidement venue, mais disparaissant lentement.

Exceptionnellement, elle présente dès le début les caractères de la pleurésie sèche. Quand elle est lente à disparaître, elle peut, comme la pleurésie simple, former des fausses membranes, des brides, des adhérences, etc.

La pleurésie rhumatismale peut coïncider avec un simple rhumatisme musculaire, elle peut même exister en dehors de toute manifestation rhumatismale (articulaire ou musculaire), auquel cas la marche de la maladie permet de faire quelquefois le diagnostic.

Dans un cas cité par Trousseau, la disparition, en vingt-quatre heures, d'un épanchement assez considérable, avait permis à l'illustre clinicien de faire le diagnostic de pleurésie rhumatismale.

Souvent la pleurésie rhumatismale est latente, et peut devenir la cause de la mort subite dans le rhumatisme, surtout quand l'épanchement siége à gauche, qu'il est abondant, et s'est formé très-rapidement.

Le diagnostic le plus important consiste à distinguer les pleurésies survenant dans le rhumatisme, des pleurésies réellement rhumatismales.

Le pronostic acquiert de la gravité lorsqu'il indique une disposition du sujet aux manifestations viscérales, vers les méninges, etc.

La thoracentèse est très-rarement indiquée, en raison de la marche particulière de l'épanchement, qui se résout souvent de lui-même et très-rapidement. (*Marseille médical*, numéros de juillet, août, septembre, octobre 1877.) — H. H.

Des coagulations intra-veineuses dans le cours de la fièvre typhoïde, par M. DUMONTPALLIER. — Voici le titre de l'observation sur laquelle s'appuie l'auteur :

Phlegmatia alba dolens double avec plaques de gangrène humide, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde et consécutive à une thrombose ascendante dont l'origine était une eschare de la région sacrée. Dans ce cas, le point de départ de la coagulation des veines iliaques et fémorales a été une phlébite de la région sacro-coccygienne. Une dissection attentive a permis de constater que les caillots iliaques se continuaient avec des caillots des veines hypogastriques, et que ces derniers se continuaient eux-mêmes dans les veines ischiatiques et fessières dont les divisions étaient en rapport immédiat avec l'eschare de la région sacro-coccygienne. Cette phlegmatia des membres inférieurs ayant pour origine une inflammation des veines fessières et ischiatiques, est un point important de l'observation qui n'a pas été signalé dans les travaux de Bourgeois, Gigon, Patry, sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 6, 1877). — H. H.

FORMULAIRE

Poudre contre le prurit.

Oxyde de zinc porphyrisé.	5 grammes.
Talc pulvérisé	15 —
Fécule de pommes de terre	30 —

Mêlez. — Cette poudre est conseillée aux femmes enceintes qui éprouvent de vives démangeaisons du côté des organes génitaux. Lotions fréquentes avec la décoction de pavots. — Bains alcalins. — A. Ch.

COURRIER

AVIS. — A l'occasion du *JOUR DE L'AN*, l'UNION MÉDICALE ne paraîtra pas le Mardi 1er Janvier 1878.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Internes titulaires :

1 Faisans, 2 Gaucher, 3 Chatelin, 4 Laurent (Auguste-Eugène), 5 Guelliot, 6 Chauffard, 7 Cerné, 8 Comby, 9 Gautier, 10 Ledoux, 11 Gauchas, 12 Juhel Rénoy, 13 Netter, 14 Béclère, 15 Galliard, 16 Aigre, 17 Leloir, 18 Bertheux, 19 Bouxeau, 20 Féré.

21 Ovion, 22 Boulay, 23 Raymondaud, 24 Robert (Paul), 25 Hannequin, 26 Bastard, 27 Variot, 28 Duplaix, 29 Gastaud, 30 Blin, 31 Herbelin, 32 Desnos, 33 Laurand, 34 Poirier, 35 Valude, 36 Carafi, 37, Benard (Henri), 38 Garcia-Lavin.

Internes provisoires :

1 Latil, 2 Ménard, 3 Olivier, 4 Karth, 5 Butruille, 6 Doublet, 7 Haranger, 8 Bruneau, 9 Luc, 10 Reignier, 11 Ferrand, 12 Pioger, 13 de Lapersonne, 14 Barette, 15 Derignac, 16 Petit, 17 Germont, 18 Coudray, 19 Bouley (Edmond), 20 Bouchard.

21 Ozenne, 22 Liandier, 23 Mercier, 24 Machado, 25 Carrette, 26 Suchard, 27 De Langenhagen, 28 Sainton, 29 Boiteux, 30 Michaux, 31 Luizi, 32 Brazier, 33 Labbé, 34 Malgouverné, 35 Mathieu, 36 Audouin, 37 de Larabrie, 38 Piogey, 39 Thomas, 40 Jousset.

41 Giron, 42 Mericamp, 43 Le Clerc, 44 Vinache, 45 Bowlatt, 46 Birnsenstein, 47 Poupinot.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Les récompenses attribuées aux internes en médecine et en chirurgie qui ont concouru pour les prix en 1877 sont accordées aux élèves dont les noms suivent :

Première division. — Élèves de 3e et de 4e année. — Prix, médaille d'or : M. Cuffer (Paul-Louis), interne de 4e année à l'hospice des Enfants-Assistés.

Accessit, médaille d'argent : M. Oulmont (Paul), interne de 4e année à l'hospice de la Vieillesse (femmes).

Première mention honorable : M. Bouveret (Léon-Émile-Ennemond), interne de 4e année à l'hôpital de la Charité.

Deuxième mention honorable : M. Kirmisson (Édouard-François), interne de 4e année à l'hôpital de la Charité.

Deuxième division. — Élèves de 1re et de 2e année. — Prix, médaille d'argent : M. Gille (Charles-Louis-Fénelon), interne de 1re année à l'hôpital Saint-Louis.

Accessit, des livres : M. Saint-Ange (Louis-Charles-Marie), interne de 2e année à l'hôpital de la Pitié.

Première mention honorable : M. Bide (Léon-Jean-Baptiste), interne de 2e année à l'hôpital des Enfants-Malades.

Deuxième mention honorable : M. Routier (Armand-Edmond), interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu.

FALSIFICATION DES DENRÉES ALIMENTAIRES. — A Berlin, des commissions, composées de spécialistes, de juristes et d'administrateurs, avaient été nommées pour, de concert avec les membres du bureau sanitaire de l'empire, délibérer sur les mesures à prendre contre la falsification des denrées alimentaires et en général de tous les objets de consommation. Ces commissions viennent de terminer leurs travaux, comme l'annoncent les journaux allemands.

Elles ont abouti à ce résultat : proposer une série de prescriptions nouvelles et plus sévères qui vont maintenant former l'objet de délibérations entre le bureau sanitaire dont nous venons de parler, et le bureau judiciaire (Justizamt) de l'empire.

Le contrôle des denrées alimentaires n'était, du reste, qu'une faible partie du programme que les commissions avaient à examiner ; la sphère était plus vaste : il s'agissait surtout de meilleures dispositions à prendre en vue de l'hygiène publique. En conséquence, il est question d'établir dans toutes les grandes villes et dans les cercles agricoles, des comités, dits comités d'hygiène, lesquels disposeront de laboratoires pratiques non-seulement pour l'examen des denrées alimentaires, mais encore pour l'examen de toutes les questions intéressant l'hygiène, qui pourraient surgir.

FIN DU TOME XXIV (TROISIÈME SÉRIE).

Le gérant, RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXIV

(TROISIÈME SÉRIE)

JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1877.

Paris. — Imprimerie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 22.